

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1900

THÈSE

N°

640

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 18 Juillet 1900

PAR

Georges BRUNET

Né à Blois, le 4 mars 1874

ESSAI SUR UNE FORME SPÉCIALE

D'ÉPIPLOÏTE CHRONIQUE

ET SUR LA

TORSION DE L'ÉPIPLOON

Président : M. TILLAUX.

Juges : { MM. DELENS.
DEL BET.
WALTHER.

*Le Candidat répondra en outre aux questions qui lui seront faites
sur les diverses parties de l'enseignement médical.*

PARIS

SOCIÉTÉ D'ÉDITIONS SCIENTIFIQUES

PLACE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE

4, Rue Antoine-Dubois, 4

1900

THÈSE POUR LE DOCTORAT

111111



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1900

THÈSE

N°

600

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 18 Juillet 1900

PAR

Georges BRUNET

Né à Blois, le 4 mars 1874

ESSAI SUR UNE FORME SPÉCIALE

D'ÉPIPLOÏTE CHRONIQUE

ET SUR LA

TORSION DE L'ÉPIPLOON

Président : M. TILLAUX.

Juges : { MM. DELENS.
DEL BET.
WALTHER.

Le Candidat répondra en outre aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.



PARIS

SOCIÉTÉ D'ÉDITIONS SCIENTIFIQUES

PLACE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE

4, Rue Antoine-Dubois, 4

1900

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.	M. BROUARDEL.
Professeurs.	MM.
Anatomie	FARABEUF.
Physiologie	CH. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutiques générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	{ HUTINEL.
	{ DEBOVE.
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils	TERRIER.
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET.
Thérapeutique	LANDOUZY.
Hygiène	PROUST.
Médecine légale	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	N....
Pathologie comparée et expérimentale	CHANTEMESSE.
Clinique médicale	{ POTAIN.
	{ JACCOUD.
	{ HAYEM.
	{ DIEULAFOY.
Maladies des enfants	GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	FOURNIER.
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND.
	{ BERGER.
Clinique chirurgicale	{ DUPLAY.
	{ LE DENTU.
	{ TILLAUX.
Clinique ophtalmologique	PANAS.
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Clinique d'accouchement	{ BUDIN.
	{ PINARD.

Agrévés en exercice

MM. ACHARD.	MM. DUPRÉ.	MM. LEPAGE.	MM. THOINOT.
ALBARRAN.	FAURE.	MARFAN.	VAQUEZ.
ANDRÉ.	GAUCHER.	MAUCLAIRE.	VARNIER.
BONNAIRE.	GILLES DE LA	MENETRIER.	WALLICH.
BROCA, AUGUSTE.	TOURETTE.	MERY.	WALTHER.
BROCA, ANDRÉ.	HARTMANN.	ROGER.	WIDAL.
CHARRIN.	LANGLOIS.	SEBILEAU.	WURTZ.
CHASSEVANT.	LAUNOIS.	TEISSIER.	
DELBET.	LEGUEU.	THIERY.	
DESGREZ.	LEJARS.	TAIROLOIX.	

Chef des Travaux anatomiques : M. RIEFFEL.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE
DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A MA FAMILLE

A MES MAÎTRES

A MES AMIS

A mon Président de Thèse

MONSIEUR LE PROFESSEUR TILLAX,

Professeur de Clinique chirurgicale à la Faculté,
Chirurgien de l'Hôpital de la Charité,
Membre de l'Académie de Médecine,
Commandeur de la Légion d'Honneur

AVANT-PROPOS

Arrivé au terme de nos études médicales, nous sommes heureux d'obéir à la charmante et bien naturelle coutume, — et de remercier ici tous nos Maîtres de leurs si excellentes leçons; et tous ceux qui, à la Faculté de Médecine, et dans les divers services hospitaliers, ne nous ont ménagé ni leur peine, ni leur bienveillance, ni leur sympathie.

A l'hôpital Cochin, M. le D^r Schwart̄ dont nous avons suivi un an l'enseignement chirurgical si clair et si pratique, et M. le D^r Sebileau nous ont prodigué des conseils dont nous ne leur serons jamais assez reconnaissant.

M. le D^r Robin, à la Pitié, nous a appris en même temps que la clinique médicale, la thérapeutique vraiment rationnelle. Nous le prions de recevoir nos plus sincères remerciements.

Que M. le D^r Lepage, accoucheur à la Pitié, chez lequel nous avons fait un trop court stage, veuille bien

accepter notre dévouée gratitude pour ses précises et si intéressantes leçons de pratique obstétricale.

Nous avons suivi près d'un an à l'hôpital de Versailles les services médicaux et chirurgicaux de MM. les Docteurs Laurent, Broussin, Vilon et Parelle. Nous leur adressons nos plus vifs et nos plus sincères souvenirs.

A l'hôpital chirurgical de Clichy, M. le Dr Villemin a été pour nous un maître bienveillant, pour lequel notre sympathie ne saurait être ni assez grande, ni assez dévouée.

M. le Dr Comar en sa clinique de maladies nerveuses nous a révélé les mystères des névroses, et leur thérapeutique surtout morale. Qu'il veuille bien recevoir nos meilleurs remerciements.

MM. les docteurs Planchon, moniteur à la clinique Tarnier, et Labady, médecin du bureau de bienfaisance nous ont prodigué leurs conseils et leur dévouement ; nous resterons leur débiteur malgré notre plus entière reconnaissance.

M. le Dr Lucas-Championnière a été assez bon pour nous donner le sujet de notre thèse, nous aider de ses avis et de sa merveilleuse expérience en matière de hernie. Que nos remerciements lui soient aussi sincères que dévoués.

Remercions enfin tous ceux qui nous ont facilité notre tâche, et en particulier MM. les docteurs Walther et

Lejars, qui nous ont, avec une aimable bienveillance, donné des indications et des conseils, et communiqué leurs observations.

Nos excellents amis F. Dondaine et M. Augé se sont mis, avec leur bonne grâce habituelle, à notre disposition pour nos recherches anglaises et allemandes. Ils savent que notre amitié passe nos remerciements.

M. le professeur Tillaux a été notre premier maître à nos débuts à l'Hôpital. Il nous a fait le grand honneur d'accepter la présidence de notre thèse. Qu'il veuille bien agréer l'expression de tous nos remerciements et de toute notre reconnaissance.

INTRODUCTION

Le 10 février 1896 M. Lucas-Championnière opérait à Beaujon ⁽¹⁾ un homme de cinquante-quatre ans, atteint depuis de longues années d'une hernie inguinale droite volumineuse et irréductible sur laquelle il appliquait un bandage.

Depuis quelque temps, à la suite d'efforts de toux dans une attaque de grippe, la hernie était devenue très douloureuse.

Quelques jours après son entrée dans le service ses douleurs s'étaient calmées.

On constatait chez lui une énorme hernie irréductible et très dure. Au niveau du canal inguinal très élargi la tumeur se continuait dans l'abdomen par une autre grosse tumeur également très dure. A l'opération on trouve une tumeur énorme composée de deux parties : une partie *inférieure herniaire* fusionnée avec le cordon et le testicule, et reliée par un cordon dur et épais à une partie *supérieure*, beaucoup plus volumineuse, remplissant tout le petit bassin, *et remontant dans l'abdomen jusqu'au bord inférieur du colon transverse*.

La tumeur est examinée, et on constate qu'il ne s'agit pas de néoplasme, mais d'une tumeur purement inflammatoire de l'épiploon, D'UNE FORME SPÉCIALE D'EPIPLOITE CHRONIQUE.

(1) Voir l'Observation I.

Le 24 avril dernier, entrant Salle Saint-Côme, dans le service de M. Lucas-Championnière, à l'Hôtel-Dieu ⁽¹⁾, le nommé Jules D... porteur d'une hernie inguinale gauche. Cet homme âgé de quarante-cinq ans, était atteint de sa hernie depuis l'âge de dix-huit ans. Cette hernie extrêmement volumineuse ne l'avait jamais fait souffrir, était parfaitement réductible et bien maintenue par un bandage. Le 11 avril, à la suite d'un effort, la hernie sort, et reste irréductible ; depuis ce moment le malade souffrait de sa hernie, et de coliques violentes accompagnées de vomissements.

A son entrée on trouve dans les bourses du côté gauche une tumeur arrondie, lisse, très dure, du volume d'une grosse pomme. Le testicule est libre en bas. De plus, cette masse irréductible et volumineuse se continue manifestement avec une autre masse intra-abdominale qui s'étale au dessus du niveau du pli de l'aîne et remonte jusqu'à l'ombilic.

Le malade qui, à la suite de quelques jours de repos, souffre moins, et ne vomit plus, et dont l'état général est redevenu bon, est opéré.

L'incision faite d'emblée de la partie antérieure du canal inguinal et prolongée sur l'abdomen, on trouve une tumeur énorme composée de deux parties : une partie *inférieure herniaire*, fusionnée avec le cordon, et une partie *supérieure abdominale*, beaucoup plus volumineuse, remontant jusqu'au bord inférieur du côlon, et rattachée à lui par une sorte de *pédicule étroit tordu sur lui-même*.

La tumeur est examinée, et on constate qu'il ne s'agit pas de néoplasme, mais d'une masse d'épiploon modifiée d'une tumeur purement inflammatoire chronique de l'épiploon, D'UNE FORME SPÉCIALE D'ÉPIPLOÏTE CHRONIQUE.

(1) Voir l'Observation II.

Ces deux faits identiques d'épiloïte chronique abdominale consécutive à de l'épiloïte herniaire, nous ont frappé ; et nous avons pensé d'étudier cette forme d'épiloïte à point de départ dans la hernie, et propagée à l'ensemble de l'épiploon abdominal.

Nous avons cherché dans la science depuis vingt ans ce qui pouvait se rapporter de près ou de loin à cette question, et nous avons trouvé peu de chose.

Mais le sujet, par son côté neuf, et par ses rapports avec une maladie si multiple et si fréquente que la hernie, nous a paru intéressant. Nous l'avons donc choisi sur les conseils de notre vénéré maître, M. Lucas-Championnière.

Nous commencerons par jeter un coup d'œil sur les épiloïtes en général, sorte de résumé rapide de la question traitée par les classiques et par les auteurs herniaires. Nous essaierons d'établir une classification d'épiloïtes — ceci simplement pour montrer la différence qui existe entre celles qui sont connues — herniaires ou abdominales, mais toujours limitées, — et celles nouvelles, totales, qui feront le sujet de notre thèse.

Nous insisterons sur la pathogénie, les symptômes et les conséquences de ces dernières. Nous essaierons de montrer qu'elles dépendent de troubles dans la circulation sanguine et lymphatique de l'épiploon.

Puis, comme dans le cours de nos recherches, nous avons rencontré quelques cas isolés de torsion de l'épiploon, à rapprocher du deuxième fait cité plus haut dans lequel existe aussi cette torsion du pédicule, nous en profiterons pour consacrer un chapitre à cette question toute neuve aussi de LA

TORSION DE L'ÉPIPLOON, soit dans la hernie, soit dans la cavité abdominale, soit dans les deux à la fois.

Notre thèse ne formera peut-être pas un tout bien complet; mais malgré nos recherches nous avons trouvé bien peu d'indications précises sur le Rôle, la Pathologie et l'Anatomie pathologique de l'épiploon. Nous serons donc obligé de faire souvent des hypothèses, et nous tâcherons de faire en sorte qu'elles soient aussi logiques que possible.

APERÇU HISTORIQUE

Il semble que l'épiploon ait été longtemps négligé. « C'était un tablier ». « C'était un voile mobile placé en avant de la masse intestinale pour l'empêcher de remonter vers les parties supérieures de l'abdomen. » Dans l'abdomen il avait le rôle de protecteur de l'intestin, dans la hernie également.

Au siècle dernier, les ouvrages spéciaux traitant des hernies, et signés Franco, Lequin, Arnaud, Garengot, Richter, Ledran, Hesselbach, J.-L. Petit, etc., décrivent longuement et souvent les adhérences épiploïques ; les auteurs en parlent à chaque instant dans leurs observations.

Au commencement de ce siècle-ci Scarpa édite son admirable *Traité des Hernies* et parle aussi longuement de l'épiploon ; c'est le seul auteur du reste chez lequel nous ayons trouvé comme une merveilleuse prévision des épiploïtes propagées de la hernie à l'abdomen⁽¹⁾.

« Toute la partie de l'épiploon qui est contenue dans le « sac herniaire — dit-il — devient dure, compacte, et prend « l'aspect d'une substance fibreuse recouverte d'une mem-

(1) P. POTT cependant (*Chimurgical Works* 1808, vol. II) rapporte le cas d'une épiploïte gangreneuse survenue dans une épiplocèle, et s'étendant à l'épiploon contenu dans l'abdomen.

« brane mince et lisse. Quelquefois elle présente une sorte
« de pédicule dans l'endroit même où elle est embrassée
« par l'anneau, et immédiatement au-dessous elle s'élargit,
« et s'étend dans le sac herniaire sous forme de champignon.
« Assez ordinairement, *la portion d'épiploon qui reste dans le*
« *ventre n'est pas tout à fait exempte de changements ; elle*
« *acquiert plus d'épaisseur et de densité qu'à l'état sain ; elle*
« *se charge de graisse, et ses vaisseaux deviennent variqueux,*
« ce qui paraît dépendre de l'irritation produite par le tiraille-
« ment continuel qu'elle éprouve de la part de la tumeur
« extérieure. »

Puis vinrent Malgaigne et Gosselin.

Malgaigne, en 1841, dans deux mémoires sur les étranglements herniaires, étudie les inflammations de l'épiploon dans le sac, et montre qu'il existe des pseudo-étranglements à côté des étranglements herniaires vrais.

Gosselin décrit magistralement l'épiplocèle enflammée d'une façon aiguë et d'une façon chronique, et établit deux classes de hernies épiploïques irréductibles : celles irréductibles par épiploïte chronique avec adhérences (les plus fréquentes) ; et celles irréductibles par simple augmentation de volume, par hypertrophie, sans adhérences (très rares), dont il n'existe que quelques cas dans la science⁽¹⁾.

Puis pendant une longue période — de 1840 à peu près, jusqu'à ces dernières années — on ne parle plus des épiploïtes. On ne trouve que des notes isolées dans les journaux. A part la thèse d'agrégation de M. Nicaise en 1866 sur les lésions de l'intestin dans les hernies, il faut venir jusqu'en 1883, où Barette, dans sa thèse, consacre de

(1) DUPLAY, *Semaine Médicale*, 15 novembre 1893.

longs développements aux adhérences compliquant les hernies étranglées. Alors ce sont les thèses d'agrégation de MM. Broca, Segond, Duret ; c'est la thèse de Boiffin⁽¹⁾ en 1887.

Baxter⁽²⁾ en 1894, dans un article sur l'hypertrophie de l'épiploon dans les hernies, indique comme possible et même probable la transformation lente et inflammatoire de l'épiploon abdominal, consécutivement à l'épiploïte herniaire. Dans ces dernières années, enfin paraissent les thèses de Levrey⁽³⁾, de Roche⁽⁴⁾, de Sauget⁽⁵⁾, de Reynier⁽⁶⁾, et publiées dans les revues, quelques notes et quelques observations qui essaient de donner à l'épiploon une nouvelle importance. Mais malgré cela son vrai rôle, la pathologie et la pathogénie exactes de son inflammation surtout chronique, et par suite le processus intime de son anatomie pathologique, n'en sont que faiblement éclairés.

(1) BOIFFIN, *Hernies adhérentes au sac*. Thèse de Paris, 1887.

(2) BAXTER, *Annals of Surgery* (T. XIX, p. 206).

(3) LEVREY, *Epiploïtes aiguës ou chroniques au cours des appendicites* (Thèse de Paris, 1898).

(4) ROCHE, *Epiploïtes consécutives à la cure radicale des hernies et à la kélotomie* (Thèse de Montpellier, 1896).

(5) SAUGET, *Epiploïtes consécutives à la cure radicale des hernies* (Thèse de Paris, 1899).

(6) REYNIER, *Epiploïtes hémorrhagiques* (Thèse de Paris, 1899).

CHAPITRE PREMIER

Des Épiploïtes.

ÉPIPLOITES HERNIAIRES AIGÜES. — « Un malade porte
« depuis un certain temps une épiplocèle. Celle-ci était
« irréductible, ou était devenue peu à peu irréductible par
« suite d'épiploïtes larvées, et par la formation d'adhérences.
« Tout à coup la tumeur devient plus volumineuse; si elle
« était réductible elle ne se réduit plus; elle devient chaude,
« douloureuse à la pression, et pendant les mouvements.
« En même temps apparaissent quelques coliques, parfois,
« mais pas toujours, des nausées et des vomissements, dans
« un certain nombre de cas même la constipation. »

Telle est, décrite par Gosselin, une attaque d'*Epiploïte herniaire aiguë*.

Cette épiploïte herniaire aiguë peut aboutir à plusieurs formes :

1^o Elle peut rétrocéder rapidement. La tumeur et les symptômes restent stationnaires quelques jours, puis disparaissent peu à peu.

2^o Elle peut suppurer : ÉPIPLOITES SUPPURÉES. En général la suppuration reste localisée à la hernie, et guérit très bien

par ouverture de l'abcès. Dans quelques cas rares on a vu les abcès s'ouvrir dans le ventre, et déterminer une péritonite généralisée mortelle.

3° Parfois, au lieu de suppurer l'épiploïte revêt le caractère surtout et presque purement congestif, et l'on a deux degrés :

Le premier degré c'est l'ÉPIPLOÏTE HÉMORRHAGIQUE pure, véritable apoplexie de l'épiploon, caractérisée par la dilatation de tous les vaisseaux et par l'hémorrhagie interstitielle.

Le deuxième degré c'est l'ÉPIPLOÏTE SPHACÉLÉE, qui est très rare, et que Malgaigne⁽¹⁾ avait pressentie : « L'épiploon dans une hernie étranglée n'est pas étranglé, il est enflammé. » Nous n'en avons trouvé que quelques cas⁽²⁾.

Mais les choses ne se passent pas toujours ainsi d'emblée :

Après une première attaque d'épiploïte aiguë, ou subaiguë, ou larvée même, des adhérences s'établissent toujours entre l'épiploon et le sac ; l'épiploon change de structure, est en puissance d'épiploïte chronique, et ce n'est souvent qu'au cours de cette transformation, sous l'influence d'efforts, de traumatismes, de mouvements exagérés, que le malade fait une nouvelle poussée inflammatoire, qui peut aboutir à la *suppuration*, à l'*hémorrhagie* ou au *sphacèle*.

L'ÉPIPLOÏTE HERNIAIRE CHRONIQUE peut être secondaire à une épiploïte aiguë.

(1) MALGAIGNE, *Traité d'anatomie chirurgicale*, 2^{me} édition, Paris, 1859.

(2) WALTHER, *Bulletin de la Société clinique*, 1882 : Un cas d'épiploïte sphacélée.

HARTMANN, *Bulletin de la Société anatomique*, 1883 : Un cas d'épiploïte sphacélée.

BROCA, *Congrès français de chirurgie*, 1891 : Deux cas d'épiploïte sphacélée.

W. BURTON DE GARMO, *Annals of Surgery*, t. XXI : Quelques cas d'épiploïte sphacélée parmi trente cas de résection de l'épiploon dans les hernies.

D'autres fois elle s'établit insidieusement d'emblée, sans passer par aucune des formes aiguës, même légères, ayant ainsi une évolution en quelque sorte latente; et les poussées inflammatoires qui amènent l'épiplocèle réductible, à l'état de hernie épiploïque adhérente et irréductible, — à l'état d'épiploïte chronique — peuvent passer inaperçues même des malades.

Comment s'organisent ces épiploïtes chroniques et quel est le phénomène intime qui intervient dans leur constitution? Cette inflammation chronique de l'épiploon paraît être différente comme processus anatomique des inflammations des autres organes. Les auteurs herniaires mettent en première ligne, comme un des facteurs les plus importants, la modification de la circulation épiploïque.

Dès l'abord, disent-ils⁽¹⁾, les vaisseaux de l'épiploon, entourés de leur manchon, ne sont que très incomplètement comprimés et continuent à assurer, du moins partiellement, la vitalité de l'organe; puis on observe de l'œdème, de la congestion, et des réactions inflammatoires.

Ensuite, et encore au début, les veines dont les parois s'affaissent plus que les tuniques artérielles comprimées, se dilatent en arrière de la partie comprimée, et se montrent rigides, gonflées de sang noirâtre.

La masse épiploïque devient épaisse, pâteuse; la graisse perd son caractère jaune foncé, elle prend une teinte blafarde, opaque. Des exsudats fibrineux, de coloration blanchâtre, se déposent à sa surface. L'œdème qui se développe dans la masse épiploïque boursoufle les pelotons adipeux qui le constituent, et au lieu d'avoir des îlots graisseux qu'on observe dans l'épiploon normal, on se trouve en présence de

1. LE DENTU et DELBET, *Traité de Chirurgie pratique et opératoire*, 1899, t. VII.

gros paquets agglutinés les uns avec les autres. En effet, des réactions inflammatoires sont survenues, et suivant un processus histologique bien connu, les lames de fibrine sont envahies par des cellules conjonctives et par des vaisseaux jeunes issus par prolifération des éléments de revêtement, et des vaisseaux de la membrane séreuse sous-jacente. Peu à peu la fibrine disparaît, et il reste à sa place un tissu conjonctif, d'abord peu résistant, plus tard dense, et solide, ayant tous les caractères du tissu fibreux ; et ainsi s'établissent des adhérences qui unissent les différents replis épiploïques les uns aux autres, qui relient la masse totale aux parois du sac, et soudent enfin plus ou moins complètement le pédicule au voisinage du collet.

Tel est le processus anatomique des épiploïtes chroniques simples, banales. Ces épiploïtes herniaires chroniques peuvent parfois s'organiser de telle sorte qu'elles forment de grosses TUMEURS ÉPIPLOÏQUES tellement transformées qu'on ne reconnaît plus tout de suite l'épiploon.

Cet épiploon est devenu une masse généralement très volumineuse, dure, ligneuse, un peu irrégulière, jaune pâle, lardacée, avec quelquefois et par places des teintes hémorragiques, ou même noirâtres, comme si elle possédait des points de gangrène.

Les chirurgiens herniaires, bien que les cas ne soient pas extrêmement fréquents, ont tous cité de ces faits, ont tous enlevé de ces grosses tumeurs-là trouvées dans de vieilles épiplocèles depuis longtemps irréductibles.

Nous ne citerons à l'appui de cette assertion que le cas de M. Potherat rapporté à la Société de Chirurgie⁽¹⁾.

(1) *Bulletin de la Société de Chirurgie*, 1900.

« Il s'agissait d'un homme de soixante ans que j'opérai
« l'année dernière. Cet homme, très vigoureux, présentait
« dans la bourse droite une tumeur dure, ligneuse, un peu
« irrégulière, mais arrondie dans l'ensemble. Le testicule
« avec ses annexes était fondu dans cette masse, et il était
« impossible de le reconnaître. Au-dessus, un gros cordon
« dur, un peu bosselé, remontant dans le canal inguinal, me
« représentait le cordon spermatique envahi par ce que je
« pensais bien être un néoplasme testiculo-épididymaire.
« Depuis quelques mois le malade souffrait, ne pouvait plus
« travailler, ne mangeait plus, maigrissait, ce qui me confir-
« mait dans l'opinion que j'avais de ce cas.

« Je fis donc la castration, en réséquant très loin et très
« haut dans le canal inguinal, le cordon en un point où il
« me paraissait plus souple et moins volumineux ; je m'em-
« pressai d'examiner la pièce, la tumeur enlevée, et grande
« fut ma surprise de ne trouver là que l'épiploon tassé,
« épaissi, lardacé, dans lequel le testicule était comme
« perdu. »

Telles sont les diverses sortes d'épiptoïtes herniaires.

Nous signalerons pour être complet l'*Épiptoïte herniaire tuberculeuse* dont nous n'avons trouvé que peu de cas, mais celui surtout très net, rapporté par Largeau de Niort⁽¹⁾, d'un enfant tuberculeux possédant une hernie épiptoïque, dans laquelle à l'occasion d'une poussée aiguë on trouva cet épiploon farci de granulations tuberculeuses.

ÉPIPTOÏTES ABDOMINALES. — Pour les épiptoïtes abdominales la division est la même : elles sont aiguës ou chro-

(1) LARGEAU, *Revue de Chirurgie*, 1889.

niques, et sont moins bien étudiées que les épiploïtes herniaires.

Si l'on met à part la tuberculose de l'épiploon, véritables épiploïtes tuberculeuses bien connues, et aboutissant presque toujours à la chronicité, on ne trouve guère que les épiploïtes par irritation et inflammation des organes voisins et les épiploïtes consécutives à la cure radicale des hernies.

Parmi les épiploïtes développées par propagation irritative et inflammatoire de voisinage, les mieux connues sont celles trouvées au cours des appendicites. Levrey⁽¹⁾ en a fait une excellente étude dans sa thèse. Elles se présentent sous la forme d'adhérences récentes ou anciennes, de masses épiploïques, de tumeurs épiploïques souvent analogues et comparables à ces tumeurs épiploïques herniaires dont nous parlions tout à l'heure. Ce sont là des complications appendiculaires rencontrées et notées par tous les chirurgiens. On en trouvera un bel exemple dans notre observation III due à M. Lejars : « Il s'agissait d'un malade qu'on opéra pour appendicite et chez lequel on trouva une masse énorme d'épiploon, épais, compact, noirâtre et ecchymotique par places, une sorte de tumeur bosselée à gros noyaux, et reliée au côlon transverse par un pédicule épiploïque tordu plusieurs fois sur lui-même ».

Nous verrons plus loin, et il est naturel de le prévoir, qu'on retrouve dans ces tumeurs épiploïques appendiculaires, les mêmes lésions intimes que dans les tumeurs épiploïques herniaires, c'est-à-dire un défaut circulatoire de l'épiploon. Ce sont toutes deux des formes purement inflammatoires d'épiploïtes chroniques.

(1) *Épiploïtes aiguës ou chroniques (adhérences épiploïques au cours de l'appendicite)* Thèse de Paris, 1898.

Les épiploïtes consécutives à la cure radicale des hernies ont été mises en lumière par une communication de M. Monod à la Société de Chirurgie en février 1899. Sauget, dans sa thèse, les divise en plastiques simples, plastiques avec adhérences, et suppurées. Ici aussi on trouve parfois de grosses tumeurs épiploïques, de gros gâteaux d'épiploon induré en voie de transformation, et qui sont fusionnés avec la paroi abdominale, avec la grande courbure de l'estomac, et le côlon transverse jusqu'à en déterminer une obstruction partielle par brides comme dans l'observation de M. Monod.

CHAPITRE II

Épiploïtes chroniques totales.

Nous venons donc de voir rapidement quelles étaient les formes ordinaires des épiploïtes herniaires et abdominales. Et ce qui frappe tout de suite c'est leur localisation stationnaire, sans tendance à se propager à l'épiploon total. Il y a épiploïte dans le sac herniaire, quelle soit larvée, subaiguë, aiguë, suppurée, hémorrhagique, sphacélée, ou chronique, elle y reste, n'envahit pas l'épiploon sus-herniaire : elle ne se totalise pas ; elle ne quitte pas son territoire restreint, sauf pour la forme suppurée, et encore rarement. Pourtant la communication est toute grande ouverte entre l'épiploon du sac et l'épiploon de l'abdomen. Il semblerait qu'il y ait là, au niveau du collet, une sorte de frontière d'arrêt, qu'il est impossible à l'inflammation de franchir. Pourtant la circulation de l'épiploon ne s'arrête pas là, au collet, divisant l'épiploon en deux parties. Elle est la même partout, de bas en haut. On pourrait expliquer cette persistance à la localisation par ce fait que tout organe contenu dans une hernie est un organe taré, en état de moindre résistance, et qu'il y a, en

effet, deux parties dans l'épiploon : la partie supérieure abdominale qui est saine et forte, et la partie herniaire, la locataire du sac, qui est plus ou moins malade d'avance, et qui doit s'enflammer plus facilement et seule. Mais aussi l'inflammation une fois constituée dans le sac, une fois née l'épiplôite herniaire, pourquoi cette inflammation ne progresse-t-elle pas, n'envahit-elle pas tout le reste de l'épiploon qui a beau être un organe fort si l'on veut ? Il y a là une sorte de conception spéciale de la pathologie de l'épiploon. Dans l'abdomen même, sauf pour ce que l'on pourrait appeler l'épiplôite tuberculeuse, qui elle se généralise bien, et pas encore très souvent à la hernie, les inflammations de l'épiploon restent localisées autour de l'appendice par exemple, autour de l'estomac, de la rate, du rein, etc.

Il est donc intéressant de voir deux faits comme ceux de M. Lucas-Championnière être tout à fait en contradiction avec la marche ordinaire des épiplôites.

Voilà deux individus qui possèdent depuis longtemps de très grosses hernies qui ne les ont jamais incommodés : l'une est irréductible, l'autre a toujours été réductible, ils portent tous les deux un bandage. Ils font un effort : la hernie irréductible devient douloureuse, la hernie réductible devient irréductible et douloureuse. Ils simulent presque une attaque d'étranglement. On les opère et on trouve chez l'un comme chez l'autre une masse énorme d'épiploon transformé en tumeur purement inflammatoire chronique, tumeur s'étendant depuis la partie inférieure de la hernie jusqu'au côlon. Cette tumeur qui occupait en somme tout le flanc aurait dû les gêner, — point. Ils auraient dû « la sentir pousser » comme on dit, — point. Elle ne s'est pourtant pas formée en trois jours chez l'un, ni en trois semaines chez l'autre ;

pour se fusionner comme elles l'étaient avec le cordon, pour qu'on fût obligé chez l'un d'en faire une laborieuse dissection, chez l'autre de faire la castration, il a fallu un certain temps, des mois, sinon des années. Et jamais ils n'ont souffert, jamais ils n'ont ressenti la plus petite attaque d'épiploïte, même larvée. Il n'en est pas moins vrai qu'ils ont commencé longtemps auparavant à faire de l'inflammation dans l'épiploon qui habitait ordinairement leur hernie, inflammation qui a monté, monté lentement, progressivement, le long de leur épiploon, a franchi le collet, et s'est généralisée à l'épiploon abdominal au point de produire ces deux énormes tumeurs d'inflammation chronique. Ce ne fut qu'à l'occasion d'un effort que les accidents se manifestèrent avec un cortège de signes alarmants.

A ces deux cas typiques on pourrait en ajouter un autre qui l'est moins : celui de M. Lejars⁽¹⁾. Il s'agit d'un homme qui a une hernie et une appendicite. La hernie fut toujours réductible, et à l'opération on trouva, comme chez le malade de M. Championnière, une masse énorme d'épiploon chroniquement enflammé, réunie au côlon transverse par un pédicule tordu trois ou quatre fois. Ici c'est l'épiploïte appendiculaire qui semble dominer, mais il ne faut pas oublier que le malade avait une hernie du même côté, que la partie inférieure de la masse épiploïque transformée descendait habituellement dans son sac herniaire. On est donc bien en droit de penser aussi que dans ce cas le point de départ de la généralisation ait été dans l'épiplocèle herniaire. Seulement il y a eu du fait de l'appendicite un appel inflammatoire encore exagéré par la torsion du pédicule épiploïque.

(1) Voir l'Observation III.

PATHOGÉNIE. — Pour expliquer la pathogénie de cette affection il faudrait bien connaître l'anatomie pathologique et même l'anatomie de l'épiploon. Malheureusement nous n'avons sur elles que des données vagues.

« A l'état normal, dit Péan⁽¹⁾, l'épiploon contient une proportion notable de tissu adipeux disposé à la manière des feuilles de fougère le long des vaisseaux sanguins et lymphatiques. » La disposition précise et minutieuse des vaisseaux sanguins est incomplètement décrite, et celle des vaisseaux lymphatiques ne l'est pas du tout. Nous croyons pourtant que ces éléments circulatoires, et surtout les derniers — les lymphatiques — doivent jouer un rôle prépondérant dans l'inflammation de l'épiploon. Car cette inflammation ne ressemble pas aux inflammations ordinaires soit aiguës, soit chroniques des autres organes.

Voici le procédé pathogénique que nous supposons pour essayer d'expliquer cette totalisation inflammatoire de l'épiploïte chronique.

Dabord, le hernieux qui a une épiplocèle irrite son épiploon de par le fait du passage brusque, fréquent, et continu de celui-ci à travers le collet de sa hernie. A cette irritation — et on devrait peut-être substituer ce terme d'irritation à celui d'inflammation — le sac lui-même participe : ces deux irritations s'attirent, et comme il est bien prouvé⁽²⁾ qu'à la moindre irritation de voisinage l'épiploon a la propriété de se transformer, de réagir par de l'œdème, de l'hypertrophie, des adhérences, voici constituée une première attaque d'épiploïte herniaire qui peut revêtir les différentes formes : latente,

(1) PÉAN, *Tumeurs de l'abdomen*.

(2) CORNIL, *Communication à l'Académie de Médecine*, Séance du 28 décembre 1897.

subaiguë, aiguë, ou chronique. Mais quelle est au juste la nature vraie de cette transformation de l'épiploon irrité, enflammé si l'on veut. On a vu plus haut l'explication qu'en donnent les auteurs. Le fait est que l'épiploon se trouve hypertrophié; ses éléments ont est donc changé — tous éléments — le tissu adipeux qui augmente ou s'organise en tissu fibreux; et en particulier, croyons-nous, les vaisseaux sanguins et lymphatiques autour desquels il se trouve disposé.

Par suite de cette première attaque d'épiploïte la circulation de l'épiploon se trouve donc modifiée, probablement entravée ou du moins diminuée; la vitalité, la nutrition de l'organe n'est plus la même. L'état hypertrophique de l'épiploon herniaire, ses adhérences lâches généralement autour du collet, la transformation également du collet qui s'est resserré, a perdu ses caractères de séreuse lisse et déplissable, et rend plus difficile son passage, ses mouvements d'allée et venue de haut en bas — tout cela favorise les froissements, les pressions réciproques soit du collet sur l'épiploon, soit des divers éléments de l'épiploon les uns sur les autres. Car l'épiploon a beau être éminemment élastique et dépressible, il est logique de penser qu'à force d'abuser de cette élasticité, les vaisseaux sanguins et lymphatiques par exemple, déjà modifiés par une première attaque d'épiploïte, ne sont point à l'aise, et que ces froissements répétés sur des éléments malades ne peuvent faire qu'accentuer leur altération anatomique, et par suite physiologique.

Et les conditions de froissements, d'irritation nouvelle, ne manquent pas; ce sont, par exemple, le port du bandage dans la journée, pendant le travail, c'est-à-dire au moment où l'épiploon est en activité passive, mobilisé par le jeu des différents organes abdominaux, par les efforts, les variables et

souvent brusques changements de position du sujet. Ce bandage est très souvent mal appliqué, trop haut ou trop bas, facilitant trop la mobilité de la partie inférieure malade de l'épiploon, ou parfois même le comprimant, appliqué sur lui. Puis le bandage, ôté tous les soirs, et remis tous les matins, est encore une cause d'irritation, et les tiraillements sur l'épiploon deviennent plus forts aussi par suite des adhérences plus ou moins lâches qui existent toujours, quand même elles ne seraient qu'aux étages supérieurs de la hernie. Il est donc bien naturel que les éléments de l'épiploon sus-herniaire, abdominal se modifient également.

La vie et le jeu des organes intra-abdominaux de l'intestin par exemple, pour ne parler que de celui-là, sont intenses, extrêmement actifs, d'où nouvelle cause d'irritation pour l'épiploon supérieur qui contracte avec eux, avec lui (l'intestin) de nouvelles adhérences. Et qui dit adhérence, dit modifications et altérations partielles qui ne devraient que tendre à se généraliser à toute la masse épiploïque.

Quand on examine d'un peu près nos trois cas, on voit bien le mécanisme de l'affection que nous étudions.

Chez un des malades de M. Championnière, la hernie est depuis longtemps irréductible, le bandage est appliqué sur cette hernie irréductible, continuellement irritée, froissée, tirillée, serrée même par le collet et l'anneau du sac dans lequel s'est en plus développée une quantité de petits kystes; les adhérences inférieures étant extrêmes, le testicule et le cordon fusionnés avec l'épiploon transformé en une tumeur dure, lourde, et lardacée. Voilà bien des conditions irritatives qui permettent d'expliquer la formation de modifications et d'altérations profondes dans la circulation sanguine et lymphatique de l'épiploon sus-herniaire, abdominal.

Chez le deuxième malade de M. Championnière, la hernie est réductible, c'est-à-dire que la masse inférieure est moins volumineuse, que le collet est moins serré et que les adhérences sont moins étroites; mais la tumeur sus-herniaire est fusionnée avec la paroi abdominale antérieure; mais elle adhère au gros intestin; mais les adhérences sont intimes avec les anses de l'intestin grêle repliées sur elles-mêmes, et cela sur une étendue considérable; mais enfin le pédicule qui la relie au côlon transverse est tordu. Ce pédicule tordu c'est la torsion des vaisseaux sanguins et lymphatiques, c'est l'altération franche, nette, indubitable et profonde des deux circulations dans la masse de l'épiploon.

Chez le malade de M. Lejars, la hernie est réductible; mais il y a une appendicite; mais autour de cet appendice l'épiploon forme un immense gâteau qui lui est adhérent, qui est adhérent au gros intestin et à l'intestin grêle; mais le pédicule épiploïque qui relie la tumeur au côlon transverse est tordu trois ou quatre fois sur lui-même. Ici encore est expliquée par le défaut circulatoire, par la mauvaise nutrition de l'organe, la formation de la tumeur avec ses caractères de pure inflammation chronique.

Ce qu'il y a à noter c'est l'envahissement lent de l'épiploon et non seulement lent, mais aussi, sourd et latent. La généralisation abdominale s'établit sans signes qui attirent l'attention du malade : pas de douleur, pas de malaise appréciable, pas de troubles même dans les organes voisins pendant que l'épiploon tout entier se transforme en une masse si spéciale. Les altérations intimes des éléments épiploïques se font donc par petites poussées indolores, sans réaction importante, puisqu'elles passent inaperçues. La circulation sanguine et lymphatique se modifie, l'organe subit insensiblement une

perturbation dans sa nutrition intime, le tissu fibreux prend une place importante, gênant d'autant plus le courant circulatoire, et on arrive à la constitution des masses, des tumeurs énormes décrites plus haut. Et ces tumeurs-là, dans leur marche vers cette forme spéciale de dégénérescence inflammatoire chronique, pourraient continuer à cacher longtemps leur naissance, leur développement, et leur identité, si une poussée aiguë ne venait les révéler.

Cette poussée aiguë se fait bien simplement et brusquement :

S'il y a torsion préalable du pédicule supérieur de l'épiploon, à la suite d'un effort, d'un mouvement exagéré (le soulèvement d'une caisse pour un des malades de M. Championnière) la torsion s'accroît, la tumeur des vaisseaux déjà diminuée s'oblitére complètement, il y a une dilatation variqueuse inférieure, il se fait une sorte d'hémorrhagie diffuse, ou circonscrite, soit dans la profondeur, soit à la superficie de la tumeur, qui se sentant comme mourir, pourrait-on dire, présente des signes de sphacèle simulant l'étranglement, simulant la péritonite aiguë généralisée.

S'il n'y a pas de torsion préalable, l'effort (la toux chez le malade atteint de grippe) est suffisant pour expliquer la poussée aiguë et les mêmes phénomènes péritonéaux que précédemment. Car un tiraillement brusque, une tension exagérée, un quasi-étranglement par l'anneau du sac peuvent bien à eux seuls déterminer l'oblitération des vaisseaux d'une part et leur dilatation d'autre part. Ils peuvent même tordre ces vaisseaux, sans qu'il y ait la moindre torsion d'un pédicule quelconque, et pour donner raison à cette affirmation, voici pris dans la thèse de Reynier l'examen anatomique d'une épiploïte hémorrhagique sans torsion préalable du pédicule :

« L'épiploon est ecchymotique, et il y a une infiltration sanguine manifeste entre les deux feuillets. Il semble bien nettement qu'il existe, au niveau du point où la partie saine se continue avec le segment hémorrhagique, une certaine torsion de vaisseaux destinés à la nutrition de l'organe. »

Donc, en résumé, au point de vue pathogénique, nous croyons pouvoir expliquer la formation de ces tumeurs inflammatoires chroniques de la façon suivante : 1° Poussée aiguë ou chronique généralement chronique, d'épiploïte herniaire ; 2° Altération de ce fait, de la trame conjonctive et des appareils circulatoires sanguins et lymphatiques de l'épiploon, tant inférieur que supérieur ; 3° Généralisation abdominale continue, successive et sourde de ces altérations, par suite des tiraillements, froissements, irritation, adhérences de l'épiploon ; 4° Organisation toujours latente de la tumeur ; 5° Manifestation brusque et douloureuse de la tumeur à la suite d'un effort, par accentuation du défaut circulatoire, et naturellement par vice de nutrition.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Sur l'anatomie pathologique de ces tumeurs nous ne pouvons guère faire également que des suppositions.

Tumeur dure, lourde, lardacée, avec des épanchements de sang noirâtre comme si elle avait été le siège de contusions, tumeur lardacée, jaune, avec un aspect d'infiltration verdâtre et comme gangreneuse ; sang épanché, en plusieurs points ; tissu larvé, épaissi ; adhérences — nous disent les observations. Et c'est tout. Il faudrait en plus faire dans ces trop rapides descriptions la part de l'état chronique, et la part de

la poussée aiguë finale, où dominent les lésions circulatoires brusques, et les épanchements sanguins.

Voici l'examen anatomique du deuxième malade de M. Championnière, examen qui nous a été très aimablement communiqué par M. Selos, interne de M. Cornil :

« Masse formée par l'épiploon, grasseuse, dure, présentant des parties tordues sur elles-mêmes. Malgré cette torsion il ne paraît pas y avoir d'altérations spéciales des parties comprimées ; toute la tumeur semble constituée de la même façon.

« A la partie inférieure de la masse enlevée, pend le testicule à côté d'une partie de la tumeur qui était dans le sac herniaire.

« Sur une coupe d'un morceau de cet épiploon on voit ceci :

« A la surface existe une sorte de coque formée de tissu fibreux gris qui se fusionne avec les parties sous-jacentes.

« Dans cette couche on voit des *vaisseaux dont les parois ont une épaisseur énorme*. Ces vaisseaux sont souvent aplatis parallèlement à la surface. Sous la coque, qui entoure la tumeur, on voit des couches de tissu fibreux qui lui font suite. Ce tissu fibreux envoie ensuite dans la profondeur des travées fibreuses qui circonscrivent des espaces aëro-laires pleins d'une substance qui est de la graisse. Il y a des quantités d'alvéoles pleins de graisses. *Les travées fibreuses entourent ensuite les vaisseaux*. Il y en a de très grands, allongés, déformés par pression, mais les vaisseaux se retrouvent partout en quantité considérable, et sont de très grande taille. Sur une coupe à l'œil nu on les voit du reste facilement.

« En somme, la tumeur est formée par des îlots gras-

« en quantité considérable, et par du tissu fibreux qui envoie
« des prolongements dans la profondeur et se condense à la
« surface en couche très épaisse, montrant des fibres allon-
« gées par compression réciproque, des cellules à noyau
« allongé dans le sens de la surface. Il y a inflammation
« chronique, formation de tissu fibreux, et surcharge grais-
« seuse de l'épiploon. »

Nous croyons intéressant de rapprocher cet examen anatomique de la communication faite par M. Letulle⁽¹⁾ à la Société Anatomique au sujet des masses épiploïques analogues rencontrées au cours des appendicites. C'est le seul travail que nous ayons trouvé sur l'inflammation chronique de l'épiploon.

« En général, dit M. Letulle, ces lambeaux d'épiploon
« qu'on apporte ainsi vivants encore au laboratoire sont
« gorgés de sang par suite des ligatures opératoires, et leur
« contour brun jaunâtre met en valeur précisément les
« tractus fibroïdes, les scléroses inflammatoires disséminées
« par îlots à la surface et dans la profondeur de la masse
« épiploïque adipeuse. Le doigt sent par place une consis-
« tance plus dure que dans le reste de l'organe.

« Sur les coupes passant par l'épaisseur totale de l'épiploon
« réséqué, et entamant les placards fibroïdes, il est aisé de
« constater les traces d'une inflammation chronique dissé-
« minée par îlots discrets dans toute l'étendue des couches
« de la séreuse. De place en place les pelotons adipeux
« cessent tout à coup et entourent un placard dense, fibreux,
« *pauvre en cellules lymphatiques*, et plus ou moins riche en

(1) LETULLE, *Bulletin de la Société Anatomique*, juillet 1899.

« cellules fixes accolées aux interstices des travées fibreuses.
« *Les vaisseaux sont rares* dans l'épaisseur de ces plaques
« épiploïques; on y constate assez souvent du *pigment ferru-*
« *gineux incrusté au hasard dans les tractus conjonctifs et dans*
« *les cellules fixes.*

« A la périphérie du placard inflammatoire se détachent
« des bandes fibroïdes de plus en plus minces, irrégulières,
« qui correspondent, à n'en pas douter, aux assises fibreuses
« de l'épiploon normal. Les vaisseaux contenus dans leur
« intérieur sont entourés *de quelques épaississements conjonctifs.* »

Puis, à propos d'une pièce de M. Tuffier, M. Letulle ajoute :

« Au début des lésions chroniques, au milieu des travées
« et des états chroniques, on trouve des zones inflammatoires
« aiguës, disséminées sans ordre, plus rapprochées cependant
« de la surface et plus discrètes dans la profondeur, et de
« nombreux *amas de leucocytes* mono et polynucléaires qui
« s'accumulent *autour des veinules épiploïques*, et même font
« un *manchon épais autour des capillaires veineux*, voire autour
« de quelques cellules adipeuses.

« Lorsque la plaque est assez étendue pour englober un
« peloton adipeux, il est facile de constater la disparition de
« plusieurs cellules adipeuses transformées en cellules géantes,
« claires, munies de sept à douze noyaux, et noyées le plus
« souvent au milieu d'éléments lymphatiques.

« Les vaisseaux sanguins ne sont pas oblitérés. *La péri-*
« *veine et la méso-veine seules sont le siège d'une irritation hyper-*
« *diapédétique partielle entourant le quart ou la moitié des vais-*
« *seaux.* »

A propos d'une masse épiploïque périappendiculaire extirpée par M. Walther, nous voyons dans la thèse de Levrey la description suivante :

« La masse épiploïque, congestionnée sur beaucoup de
« points, présente, disséminés dans son épaisseur, une série
« de nodules durs, blanchâtres, de dimensions inégales.
« L'examen microscopique montre que ce ne sont point des
« foyers tuberculeux, mais de simples placards d'épiploïte
« subaiguë. Chacun de ces placards est parcouru par de
« larges faisceaux de fibres conjonctives adultes, représentant
« les travées conjonctivo-vasculaires de l'épiploon chronique-
« ment enflammé. Par place on trouve des dépôts de pigment
« sanguin, trace d'apoplexie hémorragique lors de la poussée
« aiguë d'épiploïte. L'inflammation de l'épiploon dans ce cas-
« là se traduit par son aspect rouge, granuleux, et par sa
« grande vascularisation. Petites extravasations sanguines et
« foyers hémorragiques peu étendus. »

Ces différents examens, où des lésions chroniques se mêlent à des lésions de poussées plus ou moins aiguës, nous montrent donc bien les rôles joués par les différents facteurs : la sclérose, la surcharge graisseuse, et surtout l'altération nutritive produite par les modifications circulatoires sanguines et lymphatiques dans la trame épiploïque. Cela nous explique d'une façon un peu plus précise le mode d'organisation des tumeurs inflammatoires chroniques de l'épiploon total.

LES SYMPTÔMES ont été passés en revue au cours de cette étude. Ils sont en somme nuls tant que la tumeur est en voie de développement, et n'apparaissent qu'au moment de la poussée finale aiguë avec tous leurs caractères alarmants, simulant un étranglement herniaire vrai.

LE DIAGNOSTIC serait facile à faire, si les cas étaient plus fréquents, et si on pensait à la possibilité de cette affection. On éliminera rapidement les lipomes, les grosses hernies graisseuses, et les néoplasmes de l'épiploon et des divers organes contenus dans la cavité abdominale. L'existence d'une grosse et vieille hernie dure, épiploïque, devenue subitement irréductible et douloureuse, et présentant une continuité franche avec une plus grosse tumeur sus-herniaire et remontant très haut dans le ventre, le bon état de santé antérieure du sujet devront faire penser à cette complication des hernies épiploïques.

TRAITEMENT. — Il est évident qu'à l'heure actuelle où la cure radicale de la hernie, et la kélotomie sont des opérations si courantes, il n'y a guère lieu de discuter le traitement. Il faut intervenir aussi rapidement que possible, et réséquer toute la tumeur épiploïque, toute la partie d'épiploon qui n'est pas saine.

On fut longtemps timide envers l'épiploon. On n'osait pas y toucher quand on le rencontrait dans un sac herniaire. On le rentrait tel quel dans le ventre, ou on l'attachait au fond de la plaie. Maintenant on en résèque tout ce qu'on peut attirer, et les résultats ont donné raison à cette pratique. Et les épiploïtes post-opératoires n'auraient pas pour cause — selon M. Reynier — l'infection des fils, mais bien la ligature trop basse d'un épiploon infecté par un séjour prolongé dans un sac herniaire.

Dans le cas qui nous occupe on ne saurait faire autrement que d'enlever toute cette tumeur, qui pourrait être la cause d'accidents graves soit par compression, soit par sphacèle. Et l'on peut même aller jusqu'à supposer possibles de véritables

étranglements herniaires, une anse intestinale venant (au cas de réductibilité) à s'insinuer dans le sac entre cette tumeur et le collet.

Il ne faut donc pas un instant songer au taxis, qui serait non seulement inutile, mais nuisible, et accentuerait par irritation et traumatisme les phénomènes et les lésions graves — et enlever à tout prix la tumeur totale, bien que ce soit presque toujours une tâche laborieuse en raison des adhérences multiples qui la relie aux organes voisins.

Permettons-nous, en terminant, cette réflexion. Nous ne possédons, malgré nos recherches sérieuses, que trois cas d'épiploïtes chroniques sus-herniaires, abdominales à point de départ herniaire, et encore deux cas seulement sont typiques. Comment expliquer cette rareté? Et ces cas ne seraient-ils pas aussi exceptionnels qu'ils le paraissent.

Ce n'est qu'à partir de 1873 (Steele en Angleterre, première tentative de cure radicale) qu'on opéra la hernie. Avant cette époque, — sans parler des « herniers » du xvr^e siècle, dont la méthode était la castration simple, — on n'opère pas, ou peu, et on s'ingénie surtout à inventer et à perfectionner des bandages. Pendant toute cette période, jusqu'en 1873, il n'est pas étonnant que des formes aussi spéciales que ces épiploïtes-là soient passées inaperçues. Depuis on opère surtout à froid et de bonne heure; et les hernies n'ont pas le temps de généraliser leurs inflammations épiploïques à l'abdomen. De plus, les trois auteurs que nous avons cités dans notre historique (Prott, Scarpa et Baxter), ont prévu ce que nous décrivons aujourd'hui. Enfin, les chirurgiens herniaires, que nous avons consultés pour notre travail, nous ont affirmé avoir assez souvent rencontré, au cours de leurs cures radi-

cales et de leurs kélotomies, des épiploons supérieurs au sac en voie de transformation. L'œdème, premier signe d'altération circulatoire, surtout, prédominait. Ce n'était là qu'une ébauche, un début; et une bonne résection très haute de l'épiploon très attiré, en arrêta pour toujours la transformation en épiploïte chronique totale.

CHAPITRE III

Torsion de l'Épiploon.

Au cours de notre essai sur la généralisation abdominale des épiploïtes herniaires chroniques, nous avons vu deux cas de torsion de l'épiploon. Nous avons vu quel rôle cette torsion jouait dans l'organisation de ces tumeurs inflammatoires et dans leurs accidents terminaux. Nous avons été vivement frappé de ces torsions que nous n'avions jamais rencontrées nulle part, et cette question se rattachant de très près à la première et étant toute nouvelle, il nous a paru intéressant de faire des recherches à ce sujet et d'y consacrer un chapitre.

Il est extraordinaire que cette torsion de l'épiploon n'ait jamais été signalée avant 1882, par Max Oberst dans le *Centralblatt für Chirurgie*.

Virchow ⁽¹⁾ pourtant l'avait indiquée comme possible, puisque à propos des corps libres intra-péritonéaux, il fait la

(1) VIRCHOW, *Pathologie des Tumeurs* (traduit par Aronssohn), t. I.

description d'une torsion partielle, de la torsion des appendices épiploïques.

« Ces corps péritonéaux sont, dit-il, des appendices épiploïques détachés, mais ayant subi préalablement par torsion de leur pédicule une sclérose cartilagineuse de leur revêtement péritonéal. » Et à l'appui il figure deux appendices ainsi tordus : le premier (fig. 75, pièce n° 74 de l'année 1859) offre un pédicule tordu deux fois sur son axe et très mince ; le deuxième, qui est un lipome arborescent du côlon, offre un pédicule également fortement tordu (fig. 76).

« Si la torsion est subite, complète, ajoute-t-il, les vaisseaux qui rampent dans le pédicule peuvent se rompre, ce qui est rare. Le plus souvent ils s'oblitérent simplement, et il y a une hémostase immédiate. A la suite de cet arrêt dans la circulation, la nutrition faisant plus ou moins défaut, le revêtement péritonéal de l'appendice commence à subir l'infiltration calcaire, et les matériaux coagulables du fluide péritonéal se déposent peu à peu sur lui. Au point étranglé il y a nécrose consécutive des tissus absolument comme dans l'étranglement intestinal. »

Puisque déjà la torsion partielle était décrite, il est étonnant de ne point trouver d'exemple de torsion totale, et pourtant, dans la hernie épiploïque, et même dans l'entéro-épiplocèle, cette torsion semble être bien favorisée.

Tous les organes de l'abdomen ont été signalés comme pouvant subir la torsion : l'utérus, l'ovaire, les kystes de l'ovaire, l'intestin, les hydrosalpingites, la rate mobile, etc. ont donné lieu à des observations de torsion. Pourquoi l'épiploon ferait-il exception ?

Cet organe est aussi mobile que les autres, davantage peut-être, puisque la rate est rarement mobile, puisque les

kystes de l'ovaire ne sont pas d'une extrême fréquence, et qu'il y a bien peu de hernies sans épiploon.

La torsion des kystes de l'ovaire est bien connue maintenant depuis la première et célèbre observation de Rokitansky en 1841. Celle de l'intestin est bien décrite dans tous les magnifiques travaux précis faits sur les différents modes d'occlusion intestinale. M. Hartmann signalait dès 1894, dans les *Annales de Gynécologie*, les torsions de la rate mobile et des hydrosalpingites, et continue à les étudier encore. Celle de l'épiploon est à peine signalée.

Malgré toutes nos recherches, nous n'avons pu en réunir que sept cas. Nous essayerons avec ce petit nombre de faits d'établir la pathogénie, les symptômes, le pronostic, et le traitement de cette nouvelle affection.

PATHOGÉNIE. — Les conditions essentielles qui permettent et favorisent la torsion de l'épiploon sont de deux ordres :

- 1° Il faut d'abord une disposition spéciale de l'épiploon.
- 2° Il faut ensuite une intervention mécanique.

La disposition spéciale de l'épiploon est réalisée par sa tendance particulière à former des adhérences avec tout ce qui est, même le plus légèrement, enflammé. Nous avons parlé assez longuement des adhérences au chapitre précédent pour n'avoir pas besoin d'y insister de nouveau. Normalement l'épiploon est attaché en haut à l'estomac et au côlon transverse. En bas il est libre. Sous l'influence d'une irritation quelconque, il se fait donc une ou plusieurs adhérences inférieures abdominales ou herniaires, ou les deux à la fois, peu importe. L'épiploon se trouve ainsi fixé en haut et en bas, formant une corde plus ou moins large, plus ou moins ten-

due. De plus, en général les adhérences inférieures sont multiples, soit lâches, soit serrées, et ces adhérences, — résultat d'une épiploïte partielle — ne tardent pas à transformer cette partie inférieure de l'épiploon en une sorte de tumeur, de gâteau, dur ou mou, dû à l'hypertrophie de cet épiploon irrité, enflammé. Donc non seulement l'épiploon est fixé en haut et en bas, mais aussi cette tumeur, cette hypertrophie lourde, ces adhérences ont tendance à tirer sur l'épiploon. Entre ces deux points de fixation il est libre et mobile.

Que la condition mécanique intervienne sous la forme d'efforts, des mouvements communiqués par la marche, la position du sujet, ou le jeu de ses organes, et la torsion est constituée.

Ceci dit d'une façon générale, voyons comment les choses se passent :

- 1° Dans la torsion herniaire;
- 2° Dans la torsion abdominale.

TORSION HERNIAIRE. — Nous avons deux cas très nets de torsion herniaire : celui de Max Oberst, et celui inédit de M. Walther.

Dans le premier cas (Obs. IV) il s'agit d'un homme porteur depuis douze ans d'une hernie réductible. Tout d'un coup sa hernie devient irréductible, et douloureuse, avec des nausées et de la constipation. Sous le chloroforme la tumeur est mobile, et on ne parvient pas pourtant à la réduire. On sent très tendue la corde épiploïque de Velpeau. A l'opération on trouve un épiploon œdématié, hypertrophié, n'ayant avec le sac que des adhérences lâches et récentes. Il est gris sale, traversé par des vaisseaux thrombosés, et présente à sa partie supérieure un pédicule mince tordu plusieurs fois sur

lui-même et près de se rompre. L'épiploon hypertrophié peut ici être presque considéré comme libre dans le sac (les adhérences étant très lâches et récentes). Il a tourné sur lui-même au niveau de son pédicule. La torsion a été brusque, rapide, forte, très serrée, puisque le pédicule était près de se rompre.

Le deuxième cas — celui de M. Walther (Obs. V) — est très intéressant. Le malade, porteur d'une hernie congénitale très réductible, est pris d'accidents d'étranglement : sa hernie devient irréductible, douloureuse. A l'opération, l'épiploon est gros, hypertrophié, gris-brunâtre, parcouru par des vaisseaux d'un noir mat, et présente deux torsions, l'une en haut du sac, l'autre en bas (six tours de spires chacune). Ces deux torsions s'expliquent facilement par deux adhérences : l'une en haut du sac, l'autre en bas. L'épiploon pris entre ces deux adhérences, et ne pouvant les rompre a donc subi deux torsions, l'une n'étant que la conséquence de l'autre. Ici encore la torsion a été brusque, rapide, forte, et très serrée. Chez ce malade c'est bien le mouvement qui a été la cause occasionnelle de la torsion épiploïque. Grand amateur de bicyclette, l'irréductibilité et la douleur herniaire sont survenues immédiatement après une longue course à bicyclette, et, comme il l'explique lui-même, l'ascension répétée de la cuisse a très bien pu déterminer cette torsion.

Donc vieilles épiplocèles herniaires, lésions anciennes d'épiploïte, adhérences inférieures, tension épiploïque d'un côté — et mouvement de l'autre, — sont ici très nets comme facteurs pathogéniques.

TORSION ABDOMINALE. — Pour la torsion intra-abdominale nous avons cinq cas : ceux de M. Lucas-Championnière, et de M. Lejars, dont nous avons parlé au chapitre précédent ;

puis trois autres : un de M. Demons, de Bordeaux; un autre de M. Monod, et un troisième de M. Potherat.

Dans celui de M. Demons (Obs. VI) la torsion est méconnue à l'opération de la hernie qui est constituée par de l'épiploon hypertrophié, noir, commençant à se sphacéler. Et ce n'est que le surlendemain, les phénomènes péritonéaux continuant, qu'on fait une laparotomie, et qu'on trouve la torsion siégeante au-dessous du côlon transverse.

C'est aussi à propos d'une hernie que dans le cas de M. Monod (Obs. VII) on trouve dans un vieux sac épaissi, un épiploon chroniquement enflammé, jusque-là toujours réductible, et se continuant dans l'abdomen par un énorme cordon gros comme deux pouces réunis, noirâtre, ecchymotique, et représentant six tours de spire sur une longueur de 15 centimètres.

A propos d'une hernie, également cet épiploon noirâtre trouvé par M. Potherat dans le vieux sac d'un herniaire, qui avait présenté subitement des phénomènes d'irréductibilité et d'étranglement (Obs. VIII). Cet épiploon se continuait dans le ventre, avec une grosse masse d'épiploon sphacélique, ayant son pédicule tordu au-dessous du côlon transverse.

Le siège de la torsion dans la variété intra-abdominale est toujours situé, du moins dans nos cinq cas, au-dessous du côlon transverse, plus ou moins près de lui, et généralement assez près. Nos cinq cas d'épiploon tordu dans l'abdomen ont un point de départ herniaire, même celui de M. Lejars, qui est moins net et est compliqué d'épiploïte périappendiculaire.

Nous avons donc bien ici, comme dans la variété herniaire, les adhérences, l'hypertrophie, la tumeur épiploïque inférieure qui tend l'épiploon, et dans presque toutes nos obser-

vations on trouve notée la corde épiploïque de Velpeau. Le genre de mouvement, d'effort qui a déterminé la torsion nous est le plus souvent inconnu d'une façon précise, mais ce facteur-là n'en existe pas moins sûrement. Pour les cas de M. Championnière et de M. Lejars, il semble que la torsion ait été moins forte, moins serrée. Pour les trois autres, c'est une torsion très serrée, comme dans la variété herniaire.

L'ANATOMIE PATHOLOGIQUE de la torsion de l'épiploon peut facilement s'imaginer avec certitude si on la compare aux torsions des divers organes abdominaux, en particulier à celles de la rate mobile, de l'hydrosalpin et du kyste de l'ovaire. M. Hartmann, qui a minutieusement étudié ces trois torsions, a trouvé des lésions identiques.

On peut assigner trois degrés successifs à ces torsions :

1° Torsion incomplète, douce, à peine serrée, diminuant en ce point la lumière des vaisseaux, les dilatant dans leur trajet sous-jacent et ne gênant que médiocrement la circulation ;

2° Torsion plus serrée, presque complète, rétrécissant encore davantage la lumière des vaisseaux, et déterminant de l'hémorrhagie diffuse dans la partie inférieure ;

3° Torsion complète et très serrée, thrombose véritable des vaisseaux, et sphacèle de l'épiploon.

A ce sujet nos observations sont concluantes : Épiploon gris sale, traversé par des vaisseaux thrombosés (Obs. IV). — Épiploon gris-brunâtre, parcouru par des vaisseaux d'un noir mat (Obs. V). — Épiploon noir, commençant à se sphaceler (Ob. VI) ; grosse masse d'épiploon noire sphacé-

lique (Obs. VIII). — Cordon noirâtre ecchymotique (Obs. VII). — Tumeur fort distendue par le sang, avec un aspect d'infiltration verdâtre et comme gangreneuse (Obs. I). Ce sont bien là des lésions d'hémorrhagie diffuse et de sphacèle. Voici, pour qu'il n'y ait aucun doute, l'examen anatomique de l'épiploon tordu à l'Observation VII :

« Dilatation des vaisseaux et infiltration hémorrhagique.
« Les vaisseaux sont gorgés de sang, et la coupe transversale
« est arrondie. Dilatation énorme des nombreux vaisseaux
« capillaires dont la paroi est très mince; leur assemblage
« donne par place l'aspect d'un angiome. De plus, les
« nombreux vaisseaux capillaires, si petit que soit leur
« calibre, sont aussi gorgés de sang, et les fentes de ce tissu
« conjonctif, bordées de cellules plates, sont ainsi transfor-
« mées en cavités plus ou moins pleines de sang. Quant
« à l'infiltration hémorrhagique, elle se présente par les nappes
« plus ou moins étendues. Au milieu d'elles le tissu con-
« jonctif montre des faisceaux dissociés en tractus d'épais-
« seur variable, présentant la disposition d'un réticulum dont
« les mailles seraient pleines de sang. Ailleurs les tractus
« conjonctifs paraissent rompus, se perdent au milieu de
« globules sanguins, et la limite des nappes hémorrhagiques
« est toujours indécise. »

LES SYMPTOMES de la torsion de l'épiploon sont ceux de toutes les torsions connues des organes intra-abdominaux, avec dans six de nos cas un début herniaire.

Le début est brusque, généralement après un effort, un mouvement exagéré. La douleur ouvre la scène, commence dans la hernie qui devient irréductible, et ne tarde pas à se généraliser à tout l'abdomen, ou bien (comme chez le malade

de M. Lejars), la douleur est généralisée d'emblée. Ce sont des signes simulant ou l'étranglement herniaire, ou l'appendicite, ou l'occlusion intestinale; en somme, des signes péritonéaux graves. Le malaise augmente, le ventre se ballonne, le malade a de la constipation, des nausées, parfois des vomissements, un faciès grippé, le visage pâle, les yeux excavés, le pouls petit, mais en général pas, ou peu de fièvre. Mais il y a un signe qui doit faire penser à la torsion épiploïque, c'est un cordon très douloureux et qu'on sent très bien remontant des bourses le long du canal inguinal jusque très haut dans le ventre.

TRAITEMENT. — Malgré ces symptômes alarmants le pronostic est la plupart du temps bénin, si l'on intervient rapidement. Et ce peu de gravité réelle de la torsion de l'épiploon identifie encore cette torsion à celle des autres organes intra-abdominaux. M. Hartmann⁽¹⁾ faisait en 1894 un travail sur le pronostic relativement bénin, comparé aux symptômes graves, dans les torsions intra-abdominales. Il créait et expliquait une appellation nouvelle d'une maladie grave et vieille comme le monde, à laquelle il ajoutait une épithète rassurante et peu habituelle : *La péritonite aseptique*⁽²⁾.

Il nous semble intéressant de placer ici quelques passages du travail de MM. Hartmann et Morax, pour nous permettre

(1) MM. HARTMANN et MORAX, *Note sur la péritonite aiguë, généralisée aseptique* (Ann. de Gynécol., 1894, t. I, p. 193).

(2) Schroeder (Ueber die allgemeine nicht infectiöse Peritonitis. Communic. à la Gesellschaft f. Geburtsch u. Gyn. zu Berlin, 14 mai 1886) mentionne cette forme de péritonite généralisée non infectieuse, qu'il a observée à la suite de la rupture des kystes de l'ovaire, de la torsion du pédicule, ou des tumeurs enflammées sans cause connue. Mais il n'en parle qu'au point de vue clinique, sans s'appuyer sur la bactériologie.

de conclure à l'identification absolue de toutes les torsions, intra-abdominales.

M. Hartmann opère le 8 avril 1893 une jeune fille de dix-huit ans, présentant tous les symptômes d'une péritonite aiguë généralisée. Il trouve la rate tordue deux fois sur son pédicule. Il fait la ligature, referme le ventre sans faire le moindre lavage, la moindre toilette, et même sans drainer. Guérison sans le moindre incident.

« Le liquide recueilli pendant l'opération, et trouvé dans
« le ventre, disent MM. Hartmann et Morax, est un peu
« louche. Étalaé sur lamelle, fixé à la flamme, et coloré par
« le violet de métyle, il laisse voir au microscope des fila-
« ments de fibrine, des globules rouges nombreux, et quel-
« ques leucocytes qui ne présentent pas les lésions dégénéra-
« tives des globules de pus. Ils ne contiennent pas de micro-
« organismes.

« Une petite partie des fausses membranes qui recouvraient
« la rate a été dissociée, puis colorée au bleu de méthylène.
« Elle est constituée en majeure partie par des filaments
« fibrineux disposés en couches superposées. Entre les cou-
« ches de fibrine on découvre quelques leucocytes, mais
« ceux-ci sont en nombre infiniment plus petit que dans les
« exsudats inflammatoires de cause microbienne. Ces fausses
« membranes ne renferment pas de micro-organismes.

« Le liquide recueilli dans une pipette stérilisée a été en-
« semencé dans du bouillon, sur de la gélose, et dans un tube
« renfermant de la gélatine préalablement portée à l'ébullition
« suivant le procédé qui est suivi pour les cultures anaérobies.
« Dans tous ces milieux il ne s'est développé aucune colonie,
« même après plusieurs jours de séjour à l'étuve. »

M. Terrier opère une femme de quarante-neuf ans le 23

mai 1893 et trouve en même temps qu'un kyste ovarique à pédicule tordu tous les caractères d'une péritonite aiguë.

Les mêmes examens faits aussi minutieusement que pour le premier cas restent neutres.

« Ainsi, disent MM. Hartmann et Morax, la péritonite
« aiguë, manifeste cliniquement et anatomiquement, n'était
« déterminée par aucun des micro-organismes décelables
« par les moyens actuels d'investigations.

« Actuellement pourtant l'opinion classique est que toujours
« la péritonite aiguë généralisée résulte d'une infection de la
« séreuse.

« Mais les péritonites que nous venons d'analyser sont
« liées à l'irritation du péritoine par une cause bien déter-
« minée : une tumeur à pédicule tordu. La cause du mal
« supprimée, l'organe enlevé, la péritonite cesse d'elle-
« même. »

Il en est de même pour nos cas de péritonites aiguës généralisées à la suite de torsion de l'épiploon. Si le malade de l'Observation VII est mort, il n'a pas succombé du fait de sa péritonite qui était guérie en deux jours, mais bien de broncho-pneumonie grippale. Si le malade de l'Observation III qui était un alcoolique invétéré, a également succombé, ce n'est pas non plus des suites opératoires ; sa péritonite était chez lui aussi guérie en deux jours, mais bien d'une attaque de délirium tremens. Et tous nos autres malades ont guéri parfaitement, les symptômes péritonéaux ayant cessé immédiatement après la résection de l'épiploon tordu, après la suppression du mal, de l'organe cause d'irritation péritonéale. Chez nous aussi la péritonite devait bien probablement être aseptique.

La presque certitude d'issue opératoire favorable, et la crainte justifiée de la possibilité des accidents graves qui auraient lieu si on tardait, indiquent mieux que toutes les dissertations la nécessité d'une intervention extrêmement rapide et simple — ligature et résection le plus haut possible — dans toutes les torsions, et en particulier dans les torsions de l'épiploon.

OBSERVATION I

(Inédite, due à M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE).

ÉPIPLOÏTE CHRONIQUE OCCUPANT TOUTE LA CAVITÉ ABDOMINALE
ET AYANT SON POINT DE DÉPART
DANS UNE VOLUMINEUSE HERNIE INGUINALE DROITE

J'ai opéré, le 10 février 1896, un homme âgé de cinquante-quatre ans, entré depuis quelque temps dans mon service de l'hôpital Beaujon, pour une hernie inguinale droite volumineuse, irréductible et douloureuse. Les douleurs étaient apparues, disait-il, à la suite d'une attaque de grippe pendant laquelle il avait beaucoup toussé. Depuis son séjour de repos à l'hôpital ses douleurs s'étaient calmées, mais la hernie ne paraissait pouvoir subir aucune réduction.

Elle était constituée par une masse dure suivant le trajet du cordon, pénétrant en haut dans la cavité abdominale, et se prolongeant en bas dans les bourses.

Ce malade avait longtemps porté un bandage, qu'il plaçait par dessus sa hernie irréductible, et qui lui était assez pénible à supporter.

Cet homme était très gras, et l'examen de l'abdomen présentait de ce fait de véritables difficultés.

Après l'incision faite pour la cure radicale, nous trouvâmes d'abord plusieurs kystes à contenu transparent, qui étaient situés entre la hernie et le testicule, et descendaient jusque sur celui-ci.

Au dessus une masse compacte et lardacée occupait la région du cordon.

Après l'ouverture du canal inguinal faite très haut, cette masse lardacée ne parut pas pouvoir être isolée d'une façon distincte. Elle se prolongeait dans l'abdomen, fusionnée avec la paroi abdominale.

En bas, la masse ouverte avait bien un aspect d'épiploon dégénéré.

Elle contenait un liquide noirâtre, qui avait toutes les apparences du résidu d'un épanchement sanguin transformé.

Après des tractions laborieuses, et un agrandissement de l'incision de la paroi abdominale dans l'axe du canal inguinal, la main put parvenir sur *une masse énorme se continuant avec la première, remplissant tout le petit bassin, et remontant dans l'abdomen jusqu'au ras du côlon transverse*. La partie tout à fait supérieure se reconnaissait mieux pour de l'épiploon.

Le tout formait donc une sorte de tumeur volumineuse, qui fut détachée de plusieurs anses intestinales, et put, après de laborieux décollements dans l'abdomen, être amenée au dehors.

J'avais aussi en bas très péniblement disséqué le testicule et le cordon.

Je posai une série de ligatures au catgut sur les pédicules épiploïques, et la masse enfin détachée put être examinée.

Elle était constituée par du *tissu lardacé, lourd, infiltré, ayant les apparences de certains cancers épiploïques*. Cependant à l'œil nu nous vîmes bien qu'il y avait là des *tissus inflammatoires* plutôt que des tissus ayant subi la dégénérescence cancéreuse.

Elle contenait des épanchements de sang noirâtre, comme si elle avait été le siège de contusions. Les tissus étaient fort *vasculaires*, très lourds.

Leur ablation laissait dans l'abdomen une vaste cavité que les intestins en descendant vinrent remplir.

La brèche faite à la paroi abdominale remontait bien au dessus de l'épine iliaque antérieure et supérieure.

Elle fut comblée en même temps que le canal inguinal fut réparé, et par le même procédé ;

La séreuse fut fermée par une série de dix points de suture au catgut en chaîne ; certains de ces points étaient en dehors, très près de la réflexion du péritoine sur le gros intestin.

Puis la crête formée par les points de suture est fixée en dedans, sous la paroi abdominale antérieure par deux autres points de suture.

Enfin sept points en U referment la grande plaie musculo-aponévrotique, et dix points simples fixent en place le lambeau supérieur.

Suture à la soie et drainage.

Le détachement de la masse dans le ventre a représenté un traumatisme considérable.

L'opération a été très longue et très laborieuse — deux heures.

Le malade guérit parfaitement et rapidement.

Revu quelque temps après, et à plusieurs reprises, il ne présente pas la moindre tendance à la récurrence.

OBSERVATION II

(Inédite, due à M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE).

ÉPIPLOITE CHRONIQUE OCCUPANT TOUTE LA CAVITÉ ABDOMINALE
ET AYANT SON POINT DE DÉPART
DANS UNE VOLUMINEUSE HERNIE INGUINALE GAUCHE
TORSION DE L'ÉPIPLOON

Jules D..., quarante-cinq ans, commence à présenter une pointe de hernie inguinale gauche à l'âge de dix-huit ans. Il est pour cela réformé. Sa hernie augmente progressivement, jusqu'à atteindre le volume d'un œuf. A partir de trente-cinq ans, il porte un bandage qui maintient très bien, dit-il, sa hernie. Jamais, du reste, il n'a souffert de sa hernie.

Le 11 avril 1900, à la suite d'un effort (en soulevant une caisse), sa hernie sort et reste irréductible, puis elle devient rapidement douloureuse. Il a des coliques extrêmement violentes, accompagnées de vomissements.

Il entre à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Côme, le 24 avril. Les vomissements cessent, mais il souffre encore beaucoup.

A l'examen, on constate chez lui la présence d'une *masse*, du volume d'une très grosse pomme, *très dure, qui occupe la bourse gauche*. Cette masse irréductible et douloureuse se *continue très manifestement avec une masse intra-abdominale*, de dureté analogue, qui s'étale au-dessus du niveau du pli de l'aîne, et *remonte jusqu'au dessus de l'ombilic*.

J'opère le malade le 3 mai, après l'avoir purgé.

D'emblée, je fais l'incision de la paroi antérieure du canal inguinal, prolongée sur l'abdomen. Je vis bien vite que la masse des bourses était si bien fusionnée avec le cordon, que je perdrais un temps précieux à l'isoler, tandis qu'en supprimant le testicule j'aurais l'avantage de reconstituer la paroi dans d'excellentes conditions. Je pus donc de suite circonscrire en bas toute la tumeur des bourses.

En haut, elle était en quelque sorte fusionnée avec la paroi abdominale antérieure, et le décollement en fut très laborieux. Je la détachai des franges du gros intestin, puis, en arrière, je trouvai la masse prise en des adhérences récentes, mais très intimes, avec des anses d'intestin grêle repliées sur elles-mêmes.

Je détachai ces adhérences sur une étendue considérable. Elles étaient tellement saignantes, que je dus les laisser enveloppées dans une compresse jusqu'à la fin de l'opération, pour arrêter cette hémorrhagie de surface.

La tumeur remontait jusqu'au bord inférieur du côlon, et là je fus surpris de voir qu'elle lui était rattachée par une portion d'épiploon formant un pédicule étroit et tordu sur lui-même.

La séparation de ce pédicule du côlon fut aisée; toutefois je multipliai les fils de catgut sur le côlon pour ne pas ramener les débris de l'épiploon sur la paroi du côlon de façon à gêner la circulation intestinale. La grosse tumeur que je venais d'enlever — 645 grammes, — était *lardacée, dure, de coloration jaunâtre avec des teintes verdâtres par places. Elle était très détendue par le sang, il y en avait d'épanché en plusieurs points.*

Je ne doutai pas un instant avoir affaire à une forme spéciale d'épiploïte chronique à point de départ herniaire, développée au-dessus de la hernie, et *ayant probablement pour*

cause des troubles dans la circulation de l'épiploon, — troubles circulatoires que m'expliquait bien la torsion du pédicule. L'examen anatomique me donna raison.

Je refis la paroi : l'absence du cordon que j'avais sectionné, et lié très haut, me facilita beaucoup cette réparation.

Huit fils un U furent placés.

Je drainai à l'extérieur, superficiellement.

Comme je fais toujours dans les cas où j'ai rencontré des adhérences intestinales considérables, je fis purger le malade dès le lendemain.

Les suites ont été excellentes.

L'opéré est sorti de l'Hôtel-Dieu le 27 mai, parfaitement guéri.

OBSERVATION III

(Inédite, due à M. LEJARS).

TORSION EN MASSE DU GRAND ÉPIPLOON.

Paul L..., quarante-quatre ans, marchand de vin, entre à l'hôpital Tenon, salle Montyon, n° 22, le 12 avril 1900.

Il présente depuis quatre jours des accidents abdominaux, qui ont fait porter le diagnostic d'appendicite. Le début a été brusque, et la douleur, manifestement localisée à la fosse iliaque droite, est restée plus accusée de ce côté ; le ventre est notablement météorisé, il y a des vomissements verdâtres, de la constipation ; la température ne dépasse pas 38°5, le pouls est à 100, et bien frappé.

On sent, dans la fosse iliaque droite, une masse empâtée, douloureuse, des limites assez vagues en dedans, mais de volume considérable ; cette masse n'est nullement mobile, et donne l'impression d'une « tumeur appendiculaire » énorme. A droite, aussi, on trouve une hernie inguinale, d'ailleurs réduite, fort ancienne, et qui n'a jamais été le siège d'incidents graves. Le doigt pénètre librement dans le canal inguinal largement dilaté.

L'opération est pratiquée quelques heures après l'entrée du malade.

Incision iliaque oblique. Une fois la paroi sectionnée, on tombe sur *un gros paquet épiploïque, adhérent*, que l'on se met

en devoir de libérer et de relever de dehors en dedans ; il ne recouvre aucun foyer ; *épais, compact, noirâtre et ecchymotique par places*, il donne la sensation d'une sorte de tumeur bosselée, à gros noyaux, et se prolonge très loin, en haut. L'incision est agrandie longitudinalement jusqu'aux fausses côtes : alors seulement il devient possible de décortiquer et d'extraire toute la masse, qui conserve sur toute son étendue le même aspect. On reconnaît qu'elle est constituée par le grand épiploon *tout entier* : en haut, il se rattache au côlon transverse par un *pédicule*, gros comme les deux pouces, long de 4 à 5 centimètres, *dur, fibreux, noirâtre, tordu sur lui-même un grand nombre de fois*. Cette torsion est *très serrée* et les tours très rapprochés : bien qu'il soit difficile d'en préciser le sens, il semble qu'elle ait eu lieu de droite à gauche. La racine du grand épiploon est ainsi étranglée et tassée en masse, et toutes les lésions sous-jacentes deviennent explicables.

Le pédicule est lié au gros catgut, en chaîne, à 2 centimètres environ du côlon transverse ; on le sectionne et l'on enlève tout l'énorme paquet épiploïque.

Dans la fosse iliaque, on trouve très facilement l'appendice qui n'est nullement adhérent et ne présente aucun indice d'inflammation récente ; pourtant, comme il est gros et un peu épaissi ; on prend le parti de le réséquer : ce qui se fait très vite après ligature en chaîne du méso et de l'appendice, par section au thermocautère, cautérisation centrale du moignon et encapuchonnement.

L'orifice interne du canal inguinal est largement dilaté et le doigt plonge aisément dans le sac herniaire, du reste entièrement vide ; on se borne, pour ne pas prolonger l'intervention, à fermer cet orifice par un capitonnage au catgut.

Enfin la paroi abdominale est réunie à trois plans ; un drain est laissé au centre de l'incision.

Les deux premières journées se passèrent sans incident ; il n'y avait pas de fièvre, pas de réaction abdominale.

Dans la soirée du second jour, le malade, alcoolique invétéré, fut pris brusquement du *delirium tremens*, de forme suraiguë, et succomba dans la nuit.

OBSERVATION IV

(*Centralblatt für Chirurgie*(1), MAX OBERST).

TORSION DE L'ÉPIPLOON DANS UNE HERNIE INGUINALE

Au mois de mars 1882 entra à la clinique de Halle un homme de trente-cinq ans qui présentait toutes les apparences d'une hernie étranglée. Cet homme était atteint depuis douze ans d'une hernie inguinale réductible.

Il n'avait jamais cessé de porter un bandage, qui n'avait pourtant pas toujours bien maintenu sa hernie.

Pendant douze ans il n'avait du reste jamais souffert de sa hernie.

Mais depuis deux jours il avait des douleurs dans sa tumeur herniaire, devenue subitement irréductible — douleurs qui s'accroissaient d'heure en heure, et qui rapidement s'étendirent dans le bas-ventre. Il avait en plus des nausées, de la constipation, mais pas de vomissements.

Le malade chez lui appelle un médecin qui ne peut réduire la hernie, et il se présente à l'hôpital.

A son arrivée on constate l'existence d'une tumeur inguinale droite qui descend jusqu'au milieu des bourses, et se prolonge dans l'abdomen par une corde mince.

(1) Année 1882, n° 27.

La tumeur herniaire et le bas-ventre sont gonflés et très sensibles au toucher.

Sous le chloroforme la tumeur est mobile; mais malgré des essais répétés et infructueux on ne parvient pas à la réduire.

Alors l'opération rapide d'urgence est décidée.

Malgré ces apparences d'étranglement violent, on pose le diagnostic d'hernie épiploïque, et on pratique la kélotomie.

L'ouverture du sac herniaire fut difficile à cause de l'épaisseur de la paroi (un centimètre) et de la présence d'un kyste à paroi lisse, gros comme un poing d'enfant. Ce kyste fut pris pour le sac, et on l'ouvrit : il était rempli de sérosité. Puis on ouvrit enfin le sac herniaire. Il contenait de la sérosité trouble et un morceau *hypertrophié d'épiploon*, mais pas d'intestin.

Cet épiploon *adhérait* par une petite place à la paroi du sac herniaire. Toutefois ces adhérences sont faciles à rompre, mais l'épiploon continue à être irréductible à cause de son hypertrophie; il est en effet *œdemié*, et a changé de couleur; devenu *gris, jaune sale, traversé par des vaisseaux thrombosés*.

On tire un peu sur l'épiploon, et on remarque alors à sa partie supérieure *une torsion* (plusieurs tours) qui avait *aminé le pédicule, si bien qu'il était près de se rompre*.

On introduit sans violence l'extrémité du petit doigt dans le canal inguinal, presque dans la cavité abdominale, et on constate que là l'épiploon est libre, pas serré, et n'a que des adhérences très lâches, qui ne peuvent pas le gêner. Il n'y avait donc pas étranglement de l'épiploon.

L'impossibilité de la réduction tenait uniquement au gonflement des parties épiploïques herniées, gonflement causé par la torsion.

On fait au catgut la ligature du pédicule au-dessus de la torsion et la résection de tout l'épiploon hernié.

Suture de la plaie.

Drain. Pansement de Lister.

Réunion par première intention. Le malade sort trois semaines après, muni d'un bandage faible.

OBSERVATION V

(Inédite, due à M. WALTHER.)

TORSION DE L'ÉPIPLOON DANS UNE HERNIE INGUINALE CONGÉNITALE

M. X..., vingt-deux ans, est porteur d'une hernie inguinale droite congénitale avec ectopie testiculaire inguinale ; le testicule se trouve en avant, en dehors de l'anneau.

Depuis deux ans l'application d'un bandage a permis de refouler en bas le testicule jusque-là fixé en dehors de l'anneau.

Le 30 mai 1894, dans la soirée, ce jeune homme ressent une douleur vive, angoissante dans sa hernie, qui augmente brusquement de volume. Il n'a pas de vomissements.

Je vois le malade le 31 mai, dans la matinée.

Je trouve une tumeur qui occupe la région inguinale et la partie supérieure du scrotum. Cette tumeur est peu volumineuse, allongée, mate, et très douloureuse à la pression.

Le matin avant l'examen il y a eu émission de quelques gaz par l'anus.

Diagnostic : Hernie inguinale congénitale avec étranglement, ou inflammation de l'épiploon, sans étranglement intestinal.

Opération immédiate : (15 heures après le début des accidents.)

Anesthésie au chloroforme.

Incision inguino-scrotale de 12 centimètres.

A l'ouverture du sac, qui contient une petite quantité de liquide, apparaît une masse épiploïque ; plus bas, à la partie inférieure et interne, est placé le testicule.

La masse épiploïque est *grosse*, allongée, avec un pédicule très mince. L'épiploon est d'un *gris brunâtre, terne*, et *silloné de vaisseaux d'un noir mat*. Il est maintenu *en bas* par une *adhérence* filiforme de 1 centimètre de long, attachée à la paroi externe du sac. Cette adhérence présente *six tours de torsion* de dehors en dedans, dans le sens des aiguilles d'une montre. *A la partie supérieure*, je trouve également l'*épiploon tordu* six fois sur lui-même. Je m'étonne de trouver ainsi deux torsions épiploïques dans le sac herniaire, l'une en haut, l'autre en bas, avec une seule adhérence inférieure. Je coupe cette adhérence, et je détors l'épiploon pour lui faire reprendre sa position normale. Puis j'attire doucement son mince pédicule supérieur pour arriver jusqu'à une portion saine. Il glisse assez facilement, et j'atteins une zone d'épiploon normal, jaune.

Ligature et résection.

Dissection du sac qui présente un diverticule externe pré-pariétal.

Ce sac est très mince, se déchire en plusieurs points.

Séparation très lente et laborieuse du cordon qui fait complètement saillie dans le sac.

En arrivant très haut, après avoir réséqué en bas de façon à refaire une vaginale, j'ouvre l'anneau inguinal supérieur pour lier le sac le plus haut possible, et alors je constate une *adhérence de l'épiploon au niveau de l'orifice inguinal profond*. Cette petite adhérence est détachée avec le doigt et ne saigne pas.

J'ai donc maintenant l'explication de la double torsion de l'épiplocèle.

La torsion supérieure n'a été que la conséquence de la torsion inférieure, et elle s'est faite dans le sac et non dans l'abdomen, à cause de l'adhérence à la partie profonde du canal inguinal.

Ligature et résection du sac à la soie plate n° 4.

Sutures de l'anneau à la soie plate n° 4 (2 points en U — un point coupé).

Surjet au catgut de la paroi antérieure du canal et du tissu sous-cutané.

Sutures de la peau à la soie n° 2. Drain. Pansement à l'iodoforme.

Durée de l'opération : 1 heure et demie.

Ablation du drain le 1^{er} juin.

Ablation des sutures le 9 juin. Réunion complète.

NOTA. — Le malade attribuait cette torsion à la pratique de la bicyclette. Il est possible d'expliquer en effet cette torsion de l'épiplocèle, fixée par ses adhérences à ses deux extrémités, par le mouvement d'ascension répété de la cuisse droite.

OBSERVATION VI

! (Congrès de Pau (1), M. le Professeur DEMONS, de Bordeaux),

TORSION DE L'ÉPIPLOON DANS L'ABDOMEN

Un homme âgé de trente-six ans, porteur d'une hernie inguinale depuis l'âge de sept ans, présenta, trois jours après un effort, tous les symptômes de l'étranglement hœrniaire.

Le diagnostic de la hernie étranglée paraissant bien établi, on fit l'opération.

On trouva dans le sac une *tumeur volumineuse déjà noire*, constituée par une masse d'épiploon *commençant à se sphaceler*. Il fut impossible d'attirer hors du canal inguinal une portion saine d'épiploon afin de faire la section à la ligature du sac en vue de la cure radicale.

C'est ce qui obligea de faire la section en un point qui ne paraissait pas aussi sphacélé que le reste.

On surveilla le malade de façon à parer par une laparotomie aux complications qui pourraient se présenter.

Le lendemain le malade alla mieux.

Puis la nuit suivante survinrent des phénomènes pœritonœaux : facies grippé, pouls petit, imperceptible.

(1) *Association pour l'avancement des Sciences* : Congrès de Pau (Chirurgie), septembre 1892. Cette observation est rapportée dans la *Revue de Chirurgie de 1893*. La 1^{re} série (année 1892) de l'*Association pour l'avancement des Sciences* n'existant pas à la bibliothèque de la Faculté de médecine, il nous a été impossible d'avoir sur cette observation des détails plus précis, ni des renseignements sur les suites opératoires.

Je pratiquai la laparotomie, et dans l'abdomen je trouvai une *masse énorme gangrenée* représentant toute la partie inférieure de l'épiploon. Celui-ci avait été *tordu deux fois* sur lui-même. La torsion supérieure siégeait immédiatement *au dessus du côlon transverse*.

C'est cette torsion qui était passée inaperçue dans l'opération de la cure radicale, et qui avait empêché d'extraire du canal inguinal le reste de l'épiploon.

Je ne connais pas d'exemple semblable de torsion aboutissant à la gangrène.

OBSERVATION VII

(Thèse de RÉGNIER, Paris, 1899)

TORSION DE L'ÉPIPLOON DANS L'ABDOMEN

Joseph M..., journalier, quarante ans, entre dans le service de M. Monod, à Saint-Antoine, le 5 décembre 1899.

Ce malade arrive à l'hôpital avec le diagnostic de hernie étranglée.

Il est porteur, depuis six ans, d'une hernie inguinale droite qui ne l'incommodait pas et se réduisait facilement. La hernie ne s'était jamais étranglée et n'avait jamais nécessité le port d'un bandage.

A la suite d'un effort, le malade a ressenti brusquement une douleur aiguë dans la fosse iliaque droite, douleur qu'il compare à un coup de couteau. En même temps la bourse droite, occupée normalement par sa hernie toujours facilement réductible, est devenue volumineuse, douloureuse, dure et tendue.

Il a essayé de faire rentrer sa hernie, et ne pouvant y parvenir, il a appelé un médecin, qui, voyant ses efforts dans le même sens rester infructueux, le fit conduire à l'hôpital.

A son entrée, dix heures environ après le début de l'accident, nous examinons le malade et constatons ce qui suit :

État général assez bon, pouls fort et régulier, mais un peu rapide (100). Le malade a eu quelques nausées, mais pas de vomissements.

Localement, la bourse droite et le canal inguinal sont

occupés par une tumeur dure, tendue, douloureuse. Le maximum de la douleur siège au niveau de l'orifice du canal inguinal, et la palpation fait sentir profondément dans la fosse iliaque droite un cordon qui paraît se continuer avec la masse inguino-scrotale, et qui ne peut être que l'épiploon.

Au niveau de ce cordon, la palpation est très douloureuse et dans la bourse droite il semble qu'on arrive à percevoir une fluctuation obscure, indice de la présence de liquide dans le sac. La matité est absolue à ce niveau.

En dehors de ces phénomènes herniaires déjà graves, le pronostic est assombri par un mouvement fébrile (39° dans le rectum) un début de grippe (râles disséminés dans toute la poitrine, toux sèche), et les habitudes alcooliques avérées du malade.

Le diagnostic se pose donc : épiplocèle inguinale étranglée avec début de grippe.

Opération. Après chloroformisation, incision des couches cutanées jusqu'au sac. Énucléation de la tumeur herniaire. Incision au bistouri ordinaire de l'anneau inguinal et du canal inguinal. Incision du sac immédiatement en avant du collet, issue d'une petite quantité de liquide.

Le sac, qui présente tous les caractères des vieux sacs herniaires, est épaissi de près de 1 centimètre.

Il contient un *épiploon chroniquement enflammé*, et à peine serré par le collet du sac.

Section du collet du sac. Le doigt introduit dans la cavité abdominale permet de se rendre compte qu'il n'existe pas d'autre cause de striction.

On attire facilement l'épiploon, croyant trouver la partie saine immédiatement au-dessus de la partie à peine serrée par le collet.

Mais on tombe alors avec surprise sur un large *cordon épiploïque* du volume de deux gros pouces réunis, *noirâtre, ecchy-motique*, et présentant sur une longueur d'environ 15 centimètres *six tours de spire*.

Cette particularité anatomique avait déterminé une hémorrhagie diffuse dans toute cette partie du tablier épiploïque.

On pose un fil en chaîne au niveau de l'union des parties saines et des parties tordues. Résection de l'épiploon ainsi enroulé sur lui-même.

Les autres temps de la cure radicale sont rapidement exécutés.

Fermeture de la paroi en deux plans. Petit drain dans la plaie.

Les suites opératoires au point de vue herniaire sont excellentes. Le deuxième jour on enlève le drain. La plaie est parfaite comme aspect; aucun phénomène du côté de l'abdomen, pas de douleur, ni de vomissements.

Par contre, l'état pulmonaire s'est aggravé. Malgré tous les révulsifs, et une médication tonique appropriée, le malade meurt le cinquième jour après l'opération, avec tous les signes d'une broncho-pneumonie grippale confirmée par l'autopsie.

OBSERVATION VIII

(Bulletin de la Société Anatomique, 1900, M. POTHERAT).

TORSION DE L'ÉPIPLOON DANS L'ABDOMEN

Il y a quelques années j'étais appelé à l'Hôtel-Dieu auprès d'un malade qui, la veille, avait présenté tout à coup des accidents d'étranglement herniaire.

Il avait subi le taxis en ville : la tumeur ayant diminué, on avait cru réduire la hernie, et cependant les accidents continuaient avec aggravation : aussi M. Le Fur, interne de garde, qui m'appelait auprès de ce malade, pensait-il qu'il s'agissait d'une réduction en masse.

Je constatai qu'il y avait une hernie épiploïque manifeste, et au-dessus de l'arcade crurale une masse volumineuse. J'acceptai le diagnostic de réduction en masse.

Je fis donc, en même temps que l'incision de la kélotomie, la laparotomie latérale.

Je trouvai dans un *sac inguinal ancien* une petite masse d'épiploon *noirâtre*, se continuant dans le ventre, avec une *grosse masse d'épiploon, noir, d'aspect sphacélique*.

Cette grosse masse était rattachée au côlon transverse par un étranglement résultant d'une *torsion* de toute la masse sur son pédicule.

Je jetai une ligature à ce niveau.

J'excisai tout l'épiploon.

Je refermai le ventre.

Et à ma grande surprise, mais à ma grande satisfaction, le malade, jeune encore, guérit rapidement.

C'était la première fois que j'observais cette torsion de l'épilon qui avait amené des troubles circulatoires simulant la gangrène.

CONCLUSIONS

I. — La pathologie et l'anatomie-pathologique des inflammations de l'épiploon ne sont pas parfaitement connues.

II. — Les diverses épiploïtes aiguës et chroniques, soit abdominales soit herniaires et, surtout celles-ci, sont localisées et restent localisées sans tendance à se généraliser à toute la masse épiploïque.

III. — Il y a cependant des formes spéciales et rares d'épiploïtes chroniques qui débutent par la hernie, envahissent secondairement l'épiploon sus-herniaire, et même tout l'épiploon abdominal.

Ce sont de véritables tumeurs purement inflammatoires.

Elles se développent probablement sous l'influence de troubles dans la circulation sanguine et lymphatique de l'épiploon.

Certaines de ces tumeurs ont leur pédicule tordu sur lui-même ; cette torsion, et le peu que l'on connaît de l'anatomie pathologique de ces tumeurs, accentuent encore la probabilité des troubles circulatoires.

V. — La torsion de l'épiploon n'est pas connue.

L'épiploon est très mobile et a une tendance manifeste à former des adhérences.

Ces deux caractères favorisent sa torsion.

Les symptômes de torsion sont comparables à ceux de toutes les torsions des organes intra-abdominaux.

Il y a trois degrés dans la torsion : Elle est lente, incomplète et peu serrée. — Elle est brusque et presque complète avec hémorrhagie diffuse. — Elle est brusque, complète et très serrée avec thrombose et sphacèle.

Le pronostic est relativement bénin et la péritonite aiguë généralisée qui se développe pourrait bien être — comme celle observée dans la torsion des kystes de l'ovaire, des hydrosalpingites, et des rates mobiles — une péritonite aseptique.

L'intervention doit cependant être très rapide.

VU :

Le Doyen,
BROUARDEL.

VU :

Le Président de la Thèse,
TILLAUD.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

BIBLIOGRAPHIE

- BARON. — Torsion du pédicule des kystes de l'Ovaire. — Thèse de Paris, 1898.
- BAXTER. — Hypertrophie de l'épiploon dans les hernies. — *Annals of Surgery*, t. XIX, 1894, p. 206.
- BOIFFIN. — Hernies adhérentes au sac. — Thèse de Paris, 1887.
- BOUILLY. — La corde épiploïque. — *Revue de Chirurgie*, 1883.
- BOURSIER. — Article Hernie. — *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, 1888, t. XIII.
- BROCA. — Congrès français de Chirurgie, 30 mars au 4 avril 1891.
- BURTON DE GARMO. — *Annals of Surgery*, t. XXI, 30 cas de résection de l'épiploon dans les hernies.
- CHIRIÉ. — Épiplocèle simple. — Thèse de Paris, 1873.
- CORNIL. — Académie de Médecine, 28 décembre 1897.
- DEMMLER. — Hernie épiploïque irréductible. — *Archives de Médecine militaire*, 1893.

- DEMONS. — Revue de Chirurgie, 1893.
- DESPRÉS. — La Chirurgie journalière, 2^e édition, 1881.
- DUPLAY. — De l'Hydro-épiplocèle. — Semaine médicale, 15 novembre 1893.
- DUPLAY et RECLUS. — Traité de Chirurgie, 1898, t. VI.
- DUBREUIL. — Épiplocèle inguinale étranglée. — Gazette hebdomadaire de Montpellier, 28 mars 1891.
- DURET. — Les Variétés rares de la hernie inguinale. — Thèse d'agrégation, 1883.
- GOSSELIN. — Clinique chirurgicale de la Charité, 1879, t. III.
- HARTMANN. — Bulletin de la Société Anatomique, 1883.
- HARTMANN et RAYMOND. — Torsion du pédicule des salpingo-ovarites. — Annales de Gynécologie, 1894.
- HARTMANN et MORAX. — Péritonite aseptique. — Annales de Gynécologie de 1894.
- HARTMANN. — Quatre cas de rate mobile. — Congrès français de Chirurgie, 1895.
— Annales de Gynécologie, 1900.
- PHILIPP KOB. — Sur un cas de hernie épiploïque. — Deutsch. medical Woch., 1893.
- LANSAC. — Hernies graisseuses. — Thèse de Paris, 1874.
- LARGEAU. — Revue de Chirurgie, 1889. — Hernie épiploïque chez un enfant tuberculeux.
- LE DENTU. — Article Hernie. — Dictionnaire de Médecine et de Chirurgie pratiques, 1873, t. XVII.

LE DENTU et DELBET. — Traité de Chirurgie clinique et opératoire, 1899, t. VII.

LEJARS. — Néoplasmes herniaires et péri-herniaires. — Gazette des Hôpitaux, 1889.

LEJARS. — Chirurgie d'urgence, 2^e édition, 1900.

LETULLE. — Bulletin de la Société Anatomique, Juillet 1899.

LEGUEU. — La Torsion des salpingites. — Presse médicale, 20 janvier 1900.

LEVREY. — Épiptoïtes aiguës ou chroniques (adhérences épiptoïques) au cours de l'appendicite. — Thèse de Paris, 1898.

LUCAS-CHAMPIONNIÈRE. — Cure radicale des hernies.

MAILLARD. — De la Torsion des salpingites. — Thèse de Paris, 1898.

MALGAIGNE. — Des pseudo-étranglements ou de l'inflammation herniaire, 1841.

MARÉ. — Épiplocèle adhérente au sac. — Thèse de Paris, 1890.

MAX OBERST. — Centralblatt für Chirurgie, 1882, n^o 27.

MONOD. — Bulletin de la Société de Chirurgie, 8 et 15 février 1899.

PÉAN. — Tumeurs de l'abdomen.

PICQUÉ. — Article Hernie. — Dictionnaire international de Chirurgie, 1886, t. VI.

PLANQUE. — Contribution à l'étude de la torsion des fibromes utérins. — Thèse de Paris, 1897.

- POTHERAT. — Bulletin de la Société de Chirurgie, mai 1900.
- P. POTT. — Chirurgical Works, 1808, vol. II.
- REBOUL. — Épiplocèle inguinale irréductible par volume. — Bulletin de la Société Anatomique, 1888.
- REYNIER. — Épiploïtes hémorrhagiques. — Thèse de Paris, 1899.
- ROCHE. — Contribution à l'étude des épiploïtes consécutives à la cure radicale des hernies et à la kélotomie. — Thèse de Montpellier, 1896.
- SAUGET. — Contribution à l'étude des épiploïtes consécutives à la cure radicale des hernies. — Thèse de Paris, 1899.
- SCARPA. — Traité pratique des hernies (traduit par Cayol), 1812, p. 123.
- TERRILLON. — De la Torsion du pédicule des kystes de l'ovaire. — Revue de Chirurgie, 1887.
- VELPEAU. — Article Hernie inguinale. — Dictionnaire en 30 volumes.
- VIRCHOW. — Pathologie des tumeurs (traduit par Aronssohn), t. I.
- WALTHER. — Un cas d'épiploïte sphacélée. — Bulletin de la Société Clinique, 1882.

